



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

AMANDA BRAIT ZERBETO

ESTUDO DA PERCEPÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
ALTERAÇÕES DE FALA E LINGUAGEM UTILIZANDO A CIF-CJ

CAMPINAS
2017

AMANDA BRAIT ZERBETO

ESTUDO DA PERCEPÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ALTERAÇÕES DE
FALA E LINGUAGEM UTILIZANDO A CIF-CJ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências na área de Concentração de Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADORA: MARIA DE LURDES ZANOLLI
COORIENTADORA: REGINA YU SHON CHUN

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA AMANDA BRAIT ZERBETO, E ORIENTADO PELA
PROF. DR. MARIA DE LURDES ZANOLLI

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 01-P-4525/2013
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3411-6856>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Z5e

Zerbeto, Amanda Brait, 1988-
Estudo da percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem utilizando a CIF-CJ / Amanda Brait Zerbeto. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Maria de Lurdes Zanolli.
Coorientador: Regina Yu Shon Chun.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2. Patologia da fala e linguagem. 3. Fonoaudiologia. 4. Avaliação do impacto na saúde. 5. Saúde da criança. I. Zanolli, Maria Lurdes, 1954-. II. Chun, Regina Yu Shon, 1958-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Study of the perception of children and adolescents with speech and language disorders using the ICF-CY

Palavras-chave em inglês:

International Classification of Functioning, Disability and Health
Speech-language pathology
Speech, Language and hearing sciences
Health impact assessment
Child health

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Titulação: Doutora em Ciências

Banca examinadora:

Maria de Lurdes Zanolli [Orientador]
Cassia Maria Buchalla
Jacy Perissinoto
Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima
Marcos Tadeu Nolasco da Silva

Data de defesa: 22-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde da Criança e do Adolescente

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

AMANDA BRAIT ZERBETO

Orientador (a) PROF(A) DR(A) MARIA DE LURDES ZANOLLI

Coorientador (a) PROF(A). DR(A) REGINA YU SHON CHUN

MEMBROS:

- 1. PROF(A). DR(A). MARIA DE LURDES ZANOLLI**
- 2. PROF(A). DR(A). CASSIA MARIA BUCHALLA**
- 3. PROF(A). DR(A). JACY PERISSINOTO**
- 4. PROF(A).DR(A). MARIA CECÍLIA MARCONI PINHEIRO LIMA**
- 5. PROF(A).DR(A). MARCOS TADEU NOLASCO DA SILVA**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 22 de fevereiro de 2017

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, Eliane e Albino, por sempre incentivarem meus estudos e me ensinarem que o aprendizado nunca termina.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota...”

(Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli, pela orientação, conhecimento acadêmico, profissional e de vida compartilhado, e pela parceria que espero que se prolongue por muitos anos.

À Profa. Dra. Regina Yu Shon Chun, pela coorientação e parceria, por estar presente em minha trajetória acadêmica desde a graduação, e confiar em meu trabalho para a realização e execução de nossos projetos.

À Profa. Dra. Gloria Soto, por me receber tão bem em meu doutorado sanduíche em São Francisco, compartilhar seu conhecimento, me acolher em seu grupo de pesquisa, e permitir que eu vivesse essa experiência tão importante para minha vida pessoal e profissional.

À Profa. Dra. Cassia Maria Buchalla, Profa. Dra. Jacy Perissinoto, Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha, Profa. Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima, Prof. Dr. Marcos Tadeu Nolasco da Silva, Profa. Dra. Angélica Maria Bicudo, Profa. Dra. Helenice Yemi Nakamura por contribuírem e participarem das bancas de qualificação e defesa.

À CAPES pelo apoio e financiamento à pesquisa.

Ao CEPRE e às escolas de Campinas, por apoiarem, fornecerem salas, e permitirem a coleta de dados para a realização dessa pesquisa.

Aos participantes do estudo e seus familiares, por compartilharem comigo suas percepções e dificuldades.

À Marcia e ao Bruno, funcionários da Pós-Graduação, pela eficiência, apoio e suporte em todas as etapas desse projeto.

À Rita, Ana e Silvana, por sempre estarem disponíveis para encontrar chaves, prontuários, pelas conversas e compartilhar momentos de preocupação e alegrias.

À Daniele Ostroschi e Bárbara Frare, pela parceria na pesquisa, auxílio nas transcrições, reuniões para discussão de dados e apresentações em congressos.

Às amigas Gabriele e Josiane, por discutirem ideias, me divertirem, e estarem presentes em minha trajetória desde a graduação.

Aos amigos Fernando e Fernanda, pelo companheirismo nas aulas, discussão de ideias, leitura de projetos e artigos, e apoio nos exames de qualificação e defesa.

À minha tia Adriana, pelo interesse em meu progresso, conversas por Skype quando fiquei distante, pelas comidinhas deliciosas e sempre incentivar meus sonhos.

À minha avó Néia, pelas mensagens diárias que alegam minhas manhãs, por apoiar meus sonhos e projetos, e estar sempre disponível para me acolher e mimar.

Às minhas irmãs, Ana Paula e Maria Julia, pela paciência e apoio, passeios para espairecer, auxílio com a análise estatística, e por sempre apoiarem umas às outras.

Aos meus pais Eliane e Albino, pelo incentivo ao estudo, pela criação que me permitiu perseguir meus sonhos, e por sempre quererem o melhor para mim.

RESUMO

Introdução: Alterações de fala e linguagem podem causar implicações na participação social e funcionalidade de crianças e adolescentes. Na Fonoaudiologia, nem sempre o impacto social das alterações de fala é contemplado, limitando muitas vezes o acompanhamento aos aspectos biológicos. Uma ferramenta que interessa à atuação na área de linguagem, pela abordagem biopsicossocial do indivíduo, é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - versão crianças e jovens (CIF-CJ).

Objetivo: Caracterizar longitudinalmente a percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem e de crianças e adolescentes com desenvolvimento típico, acerca de aspectos de linguagem, participação e funcionalidade, utilizando a CIF-CJ.

Material e Método: Pesquisa de delineamento descritivo-analítico, longitudinal e abordagem qualitativa-quantitativa, cuja amostra foi de 60 crianças e adolescentes: 30 com alteração de fala (Grupo CAF) e 30 com desenvolvimento típico de fala e linguagem (Grupo DTF). A coleta de dados realizou-se em dois momentos: início da pesquisa e seis meses depois. Para tal realizou-se entrevistas com questionário semiestruturado com os participantes; coleta de dados sociodemográficos e histórico de saúde com questionário estruturado com os responsáveis legais; e análise de prontuário das crianças e adolescentes do Grupo CAF. A partir dos dados coletados, os aspectos de linguagem, participação e funcionalidade, norteadores da entrevista semiestruturada, foram analisados segundo os domínios da CIF-CJ. Para cada domínio da CIF-CJ designou-se um qualificador, que também foi descrito qualitativamente. Na análise quantitativa, utilizou-se o Teste Wilcoxon para comparação de dados entre as Entrevistas 1 e 2 do mesmo grupo, e Teste Mann-Whitney para comparar os qualificadores entre Grupos CAF e DTF na mesma entrevista; foi adotado o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Na análise qualitativa foi realizada a análise de conteúdo temática.

Resultados: Na Entrevista 1, na comparação entre os qualificadores, a maioria dos domínios selecionados da CIF-CJ mostrou-se estatisticamente significante diferente entre os grupos, sendo que o Grupo CAF apresentou maior dificuldade. Os

participantes do Grupo CAF relataram dificuldades de articulação e fluência com repercussão em atividades do cotidiano, como conversar, relacionar-se com familiares e amigos, realizar rotinas e lidar com estresse. Os familiares e conhecidos apresentaram atitudes consideradas barreiras, como corrigir a fala dos participantes e colocar apelidos relacionados às suas falas. Essas dificuldades não foram relatadas pelo Grupo DTF. Ao comparar as Entrevistas 1 e 2, no Grupo DTF, três domínios relativos ao relacionamento e atitudes de familiares a amigos apresentaram mudanças significativas. No Grupo CAF, observou-se que o grau de dificuldade de: funções de articulação e fluência; relacionamentos sociais; atividades do cotidiano; atitudes barreiras das pessoas; e modo de lidar com o estresse, diminuíram com o acompanhamento fonoaudiológico.

Considerações Finais: A utilização da CIF-CJ e de seus componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais permite conhecer aspectos de linguagem, funcionalidade e participação, e do impacto das alterações de linguagem na percepção das crianças e adolescentes estudados. Dessa forma, a abordagem biopsicossocial de funcionalidade e participação da CIF-CJ proporciona correlacionar as alterações de fala com o contexto social e ambiental desse grupo populacional.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Patologia da Fala e da Linguagem; Fonoaudiologia; Avaliação do Impacto na Saúde; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Speech and language disorders may cause implications in social participation and functionality in children and adolescents. In Speech-Language Pathology, not always the social impact of speech disorder is contemplated, limiting the therapy to biological aspects. And one framework that interests to language and speech area, by the biopsychosocial approach of the individual, is the International Classification of Functioning, Disability and Health - children and youth version (ICF-CY).

Objective: To characterize longitudinally the perception of children and adolescents with speech disorders and children and adolescents with typical language development, about language, participation, and functionality aspects, using the ICF-CY.

Method: Descriptive and analytical, and longitudinal research of qualitative and quantitative approach. The sample was composed of 60 children and adolescents: 30 participants with speech disorders (SD Group) and 30 with typical language development (TD Group). I collected the data in two moments: beginning of research and six months later. For the data collect: I interviewed the participants with a semi structured questionnaire; the legal guardians filled out a structured questionnaire with sociodemographic information and health history; and I consulted the medical records of SD participants. From the data collected, language, participation, and functionality aspects were analyzed according ICF-CY domains. I designated one qualifier and described qualitatively each ICF-CY domain. For quantitative analysis, I used: Wilcoxon Test for the data comparison between Interview 1 and 2 in each group; Mann-Whitney Test for the comparison between ICF-CY qualifiers in SD and TD Groups in the same interview; the significance level adopted for the statistical tests was 5% ($p \leq 0.05$). For qualitative analysis I used the thematic content analysis.

Results: In Interview 1, most of selected ICF-CY domains were statically significant different between the groups, and the SD Group presented more difficult. The SD participants reported articulation and fluency difficulty with repercussion in daily activities, such as: conversation, to relate to family members and friends, carrying out daily routine, and handling stress. The family members and acquaintances presented

barriers attitudes, such as to correct the participant's speech and give nicknames related to their speech. TD Group did not report these difficulties. Comparing Interviews 1 and 2, in TD Group, three domains related to relating and attitudes of family members and friends presented significant changes. In SD Group, the difficulty level decreases with SLP therapy in many domains: articulation and fluency functions, social relation, daily activities, barrier attitudes of people, and handling stress.

Conclusion: The use of ICF-CY and Body Function, Activities and Participation, and Environmental Factors components allows the professional to characterize language, participation, and functionality aspects, and the impact of the speech disorders, in perception of the studied children and adolescents. Thus, the biopsychosocial approach of functionality and participation of the ICF-CY provides to correlate the speech disorders with the social and environmental context of this population group.

Key words: Classification of Functioning, Disability and Health; Speech-Language Pathology; Speech, Language and Hearing Sciences; Health Impact Assessment; Child Health; Adolescent Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Interação entre os componentes da CIF-CJ	26
Quadro 1	Domínios da CIF-CJ aplicáveis à crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem.....	29

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1	Caracterização dos participantes dos Grupos CAF e DTF	38
Tabela 2:	Classificação CIF-CJ das Funções do Corpo nos Grupos CAF e DTF	39
Tabela 3	Classificação CIF-CJ das Implicações em Atividades e Participação nos Grupos CAF e DTF	40
Tabela 4	Classificação CIF-CJ dos Fatores Ambientais nos Grupos CAF e DTF	41

Artigo 2

Tabela 1	Caracterização dos participantes dos Grupos com alterações de fala e linguagem (CAF) e com desenvolvimento típico de fala (DTF)	57
Tabela 2	Classificação CIF-CJ das Funções do Corpo nos Grupos com alterações de fala e linguagem (CAF) e com desenvolvimento típico de fala (DTF) nas Entrevistas 1 e 2	60
Tabela 3:	Classificação CIF-CJ das Implicações em Atividades e Participação no Grupo com alterações de fala e linguagem (CAF) nas Entrevistas 1 e 2	61
Tabela 4	Classificação CIF-CJ das Implicações em Atividades e Participação no Grupo com desenvolvimento típico de fala e linguagem (DTF) nas Entrevistas 1 e 2	63
Tabela 5	Classificação CIF-CJ dos Fatores Ambientais nos Grupos com alterações de fala e linguagem (CAF) e com desenvolvimento típico de fala (DTF) nas Entrevistas 1 e 2	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAF- Grupo Com Alterações de Fala e Linguagem

CID-10- Classificação Internacional de Doenças- versão 10

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIF-CJ- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-
versão para crianças e jovens

DTF- Grupo com Desenvolvimento Típico de Fala e linguagem

ICF-CY- International Classification of Functioning, Disability and Health - version for
children and youth

ICIDH- Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

OMS- Organização Mundial de Saúde

SLP- Speech-Language Pathology

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.Introdução	16
2.Objetivos	22
2.1. Objetivo Geral	22
2.2. Objetivos Específicos	22
3.Material e Método	23
3.1.Aspectos Éticos	23
3.2.Participantes	23
3.3. CIF-CJ	24
3.4.Coleta de Dados e Análise de Dados	27
4.Resultados	31
4.1. Artigo 1	31
4.2. Artigo 2	52
5.Discussão Geral	72
6.Considerações Finais	77
7. Referências	78
8. Apêndices	84
8.1 Apêndice 1: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	84
8.2 Apêndice 2: Roteiro entrevista semiestruturada	88
8.3 Apêndice 3: Questionário para caracterização dos participantes	89
9. Anexos	
9.1 Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	90

1. INTRODUÇÃO

Alterações de fala e linguagem podem causar implicações na participação social e funcionalidade de crianças e adolescentes nos diversos ambientes que frequentam. Crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem podem sofrer vulnerabilidade em diversas esferas de seu cotidiano, como a restrição em atividades de brincar ou conversar, impacto nos relacionamentos interpessoais, dificuldade em realizar as tarefas do dia-a-dia e em lidar com o estresse¹⁻⁵. Dessa forma, profissionais que lidam com indivíduos com tais dificuldades, em especial, o fonoaudiólogo, devem se preocupar com aspectos além das alterações perceptíveis na fala, e estarem atentos também às implicações sociais que as dificuldades de fala e linguagem podem causar.

Estudos na área de fonoaudiologia têm demonstrado que o impacto das alterações de linguagem abrange aspectos além das dificuldades fonológicas, problemas de articular os sons e falta de fluência^{1-2,5-6}. Pessoas com essas alterações podem sofrer frustração por não conseguirem se comunicar como gostariam, ter redução de qualidade de vida, e se sentirem excluídas em diversos ambientes¹. Uma das maneiras de incluir ativamente esses indivíduos na sociedade é conhecer suas dificuldades e planejar ações que as integrem em todos os ambientes.

O olhar do profissional sob os impactos ambientais e sociais que uma doença pode causar no cotidiano das pessoas é uma preocupação relativamente recente na área da saúde. Nas últimas décadas houve uma mudança na concepção de saúde, e o objetivo da atuação de profissionais passou a abranger mais aspectos além do curar uma doença ou cuidar da vida. Tornando-se importante também reduzir a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de essa produzir incapacidade nas crianças e adolescentes⁷. Para que tal objetivo fosse alcançado uma das estratégias adotadas foi a implementação de projetos de promoção de saúde⁸, incluindo os projetos na atenção à saúde das crianças e adolescentes.

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação que visa o favorecimento da qualidade de vida do sujeito e da coletividade, com ações voltadas a melhorar as condições ambientais, sociais, culturais, econômicas e políticas. De modo a criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas⁷. A promoção da saúde contribui, dessa forma, para a construção de ações que possibilitam responder às demandas sociais em saúde do país e incluir todos no sistema, inclusive crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem⁷.

Por abranger aspectos de qualidade de vida e visar a melhora das condições ambientais e sociais, a promoção de saúde é uma estratégia importante de ser considerada na atenção e cuidado de crianças e adolescente com alterações de fala e linguagem. Entretanto, por a promoção de saúde ser uma questão relativamente recente na área, as ferramentas que contemplam o ser humano nessa perspectiva ainda são poucas. Uma das ferramentas, proposta pela OMS em 2007, que cumpre a esse propósito e que será utilizada na presente pesquisa é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- versão para crianças e jovens (CIF-CJ)⁹.

A CIF-CJ permite aos profissionais de saúde e educação lidar com as alterações de fala e linguagem em uma perspectiva biopsicossocial da saúde¹⁰⁻¹³. Introduce uma mudança de paradigma da saúde, do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial, integrando a funcionalidade e a incapacidade humana^{9,14-18}.

A CIF-CJ tem aplicação universal e documenta aspectos negativos, barreiras e dificuldades do corpo e contidas no ambiente. Também permite a documentação dos fatores positivos e neutros relativos aos fatores ambientais e pessoais. Seu objetivo principal é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, e servir de referência para a descrição da saúde, proporcionando uma base científica para o estudo dos determinantes de saúde e de suas condições relacionadas⁹.

A CIF-CJ, ao operacionalizar uma perspectiva biopsicossocial da incapacidade, enfatizando a identificação das experiências e das necessidades reais de uma pessoa, pode fornecer informações acerca das condições que precisam ser alteradas para que a funcionalidade e participação sejam otimizadas. Essa abordagem se refere a uma iniciativa que acompanha as transformações ocorridas na atenção à saúde, assegurando a qualidade da assistência nas ações de promoção, prevenção e reabilitação¹⁹. A CIF-CJ permite trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo uma ferramenta importante para a promoção de políticas de inclusão social. E nesse contexto, a equipe de saúde tem o papel de identificar as necessidades da pessoa para definir um programa individual de promoção de saúde que facilite o desenvolvimento de suas potencialidades.

A OMS tem alertado sobre a insuficiência de programas de promoção das pessoas com incapacidade e destaca a necessidade de se compreender esse problema como questão de responsabilidade social, especialmente no que se refere à garantia dos direitos das pessoas com incapacidades. Nesse contexto, ressalta-se a necessidade de retomar a discussão sobre os

Sistemas de Classificação de doenças e problemas elaborados pela OMS²⁰, ainda pouco conhecidos e utilizados em nosso país²¹.

A CIF-CJ interessa à área de fonoaudiologia por promover uma perspectiva biopsicossocial da pessoa com alteração de fala e linguagem²²⁻²³. Contempla componentes importantes a serem observados no acompanhamento fonoaudiológico, por possibilitar a caracterização das dificuldades de fala e linguagem e seu impacto nas relações sociais e atividades cotidianas de crianças e adolescentes^{2,10-12,23-25}. Porém, nem sempre o impacto que as alterações de fala e linguagem pode causar na vida das pessoas é valorizado pelos fonoaudiólogos da mesma maneira que os aspectos biológicos, como o grau de dificuldade das funções de fluência ou articulação²⁶⁻²⁷.

A CIF-CJ ainda tem sido mais utilizada no meio científico em pesquisas, cujo número vem crescendo²⁸, sendo pouco utilizada na prática clínica^{23,29-30}. Quando utilizada na prática fonoaudiológica, autores ressaltam que nem todos os componentes referentes ao corpo e ambiente costumam ser valorizados de forma semelhante no processo terapêutico³¹.

Tradicionalmente, na abordagem fonoaudiológica, o foco da avaliação e diagnóstico de alterações de fala tem sido pautada no modelo biomédico, nesta perspectiva se prioriza os componentes de Funções e Estruturas do Corpo da CIF-CJ³¹. Em um estudo com fonoaudiólogos especialistas em linguagem infantil, oriundos de diferentes regiões da Austrália, os participantes foram questionados sobre aspectos que consideravam em suas avaliações clínicas, por meio das seguintes perguntas norteadoras: *"Pense sobre a última vez que você avaliou uma fala da criança. Como você decidiu que o discurso da criança não estava se desenvolvendo normalmente? O que foi um fator desencadeante para você?"*. As respostas foram analisadas tematicamente utilizando-se os componentes e domínios da CIF. Os resultados mostraram que Funções do Corpo foi o componente mais considerado pelos fonoaudiólogos na avaliação e diagnóstico de alterações de linguagem. Os profissionais consideraram, principalmente, aspectos tais como: nível de inteligibilidade da fala, idade de aquisição dos sons da fala e repertório limitado de fonemas. Houve poucas respostas relacionadas ao Componente de Atividades e Participação.

Alguns países que partilham de práticas semelhantes, tendo como foco as Funções do Corpo, são o Brasil, Finlândia, França, Alemanha, Hungria, Grécia, Israel, Japão, Jordânia, Coréia, Líbano, Malta, Holanda, Noruega, Tailândia, Turquia e País de Gales²⁶. Uma das formas de implementar uma visão mais integral do indivíduo nesses países seria a aplicação

dos demais domínios da CIF-CJ, que podem fornecer uma perspectiva mais ampla do que o foco unicamente nas Funções do Corpo relativas à fala, linguagem e fluência²⁶.

Os componentes pelos quais a CIF-CJ é composta são relevantes para a caracterização de alterações de fala e linguagem, pois além das Funções e Estruturas do Corpo, incluem as Atividades e Participação e Fatores Ambientais, aspectos essenciais para a caracterização de como e onde a linguagem é produzida. Threats e Worrall¹¹ tecem considerações importantes a respeito do uso da CIF nos casos de dificuldades de comunicação. As autoras ressaltam a importância da conexão que a CIF permite entre as questões da comunicação e os outros aspectos da vida do sujeito, relacionando dessa forma a linguagem ao corpo e ambiente. Outro ponto discutido pelas autoras diz respeito à utilização dos domínios do componente Atividades e Participação, que devem ser considerados como norteadores em serviços que trabalham com a demanda de linguagem.

Em um estudo realizado na Austrália, uma versão da CIF-CJ foi utilizada em um menino de sete anos de idade, Jarrod, com fala ininteligível, e os domínios da CIF-CJ mostraram-se úteis para o acompanhamento de crianças com alterações de fala e linguagem⁵. No componente Funções do Corpo, a autora utilizou os domínios de funções da voz e da fala. Em Estruturas do Corpo, caracterizou itens das estruturas relacionadas com a voz e a fala. No componente Atividades e Participação utilizou diversos domínios “Aprendizagem e aplicação do conhecimento”, “Comunicação” e “Interações e relacionamentos interpessoais”. Em Fatores Ambientais, usou “Apoio e relacionamentos” e “Serviços, sistemas e políticas”. Ao classificar a funcionalidade de Jarrod nos quatro componentes, McLeod⁵ obteve elementos para propor mudanças que melhorassem a interação de Jarrod com seus professores e colegas no ambiente escolar, bem como decisões políticas e sociais para um ambiente facilitador e serviços apropriados para as crianças com alterações de linguagem, mostrando a utilidade da CIF-CJ.

Dessa maneira, além de o profissional de saúde ter uma visão integral da criança, ferramentas dessa natureza podem resultar em uma maior parceria entre fonoaudiólogos, professores, pais e políticos, de forma a proporcionar um ambiente que facilite a participação dessas pessoas na sociedade³¹.

Outro aspecto pelo qual é indicada a utilização da CIF-CJ na área de alterações de fala e linguagem é a possibilidade de ser utilizada em todo acompanhamento fonoaudiológico, como na: caracterização inicial^{2,5,29-30,32-33}, estabelecimento de objetivos^{5,31,34-35}, e avaliação dos resultados da terapia^{5,27,36}. Por a CIF-CJ utilizar uma linguagem padronizada, é possível

comparar as mudanças que ocorrem nos domínios ao longo do acompanhamento terapêutico^{5,27,30,33,36}. Seu uso ao longo do processo terapêutico é interessante pois possibilita que o fonoaudiólogo observe as mudanças que ocorreram após acompanhamento fonoaudiológico nos diferentes componentes de Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais.

Outra possibilidade oferecida pela CIF-CJ é a análise qualitativa e quantitativa dos domínios nos diferentes componentes. Ao utilizar os qualificadores, que indicam o grau de dificuldade do indivíduo em determinado domínio, é possível quantificar a funcionalidade e participação. A CIF-CJ também permite que o profissional descreva qualitativamente como o domínio encontra-se afetado para aquela criança ou adolescente. Assim, o uso desses dois tipos de análises, permite caracterizar o grau de dificuldade que a pessoa apresenta em determinado item e explicar o motivo pelo qual aquele qualificador foi utilizado.

A utilização da CIF-CJ na caracterização inicial de indivíduos com alterações de fala e linguagem tem sido recomendada, por estudiosos na área, em artigos de caráter teórico, que discutem o tema^{10-12,29-30,32}. Os autores que utilizaram a CIF-CJ com crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem, na prática, são em menor número do que os que discutiram seu uso na teoria, porém apresentam resultados que reafirmam os benefícios do uso na área^{5,27,33}.

Ao usar a CIF-CJ para caracterizar os indivíduos com alterações de fala e linguagem, puderam ser observados os impactos sociais e no cotidiano desses indivíduos, dentre eles: dificuldade para falar, conversar, manter a conversa e participar de uma discussão especialmente com pessoas que não os conhecem e apresentam dificuldade em entender suas falas^{2,5}; dificuldade de interagir e se relacionar com pares e estranhos^{2,5}; redução qualidade de vida¹; problemas em lidar com o estresse e outras demandas psicológicas²; na escola podem apresentar dificuldade para aprender e adquirir novos conhecimentos^{2,5}; e os parceiros comunicativos, muitas vezes, apresentam atitudes barreiras para a comunicação, que podem se constituir como *bullying* para a população com alterações de fala e linguagem¹.

A análise das mudanças que ocorrem com o acompanhamento fonoaudiológico também têm sido realizadas, principalmente, sob o olhar do profissional e dos pais das crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem^{5,27,33}. Exemplos em que os fonoaudiólogos e pais avaliaram essas mudanças ocorreram no Canadá com a utilização do instrumento *Focus on the Outcomes of Communication Under Six* (FOCUS)^{27,33,36}. O FOCUS foi aplicado antes e após 7-10 horas de atendimento fonoaudiológico, e os pais e clínicos

relataram melhoras em diversos domínios da CIF-CJ após o atendimento²⁷. Os pais relataram o dobro de mudanças em Atividades e Participação e Fatores Pessoais do que os clínicos, demonstrando assim, que os pais percebem as melhoras no cotidiano de seus filhos em mais situações do que os terapeutas²⁷. Desta forma, reconhece-se e reafirma-se a importância de escutar e envolver a família ao longo de todo o processo terapêutico^{2,35}.

Assim como é relevante ouvir a família³⁷, escutar o que as crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem têm a dizer também pode trazer informações interessantes para o acompanhamento fonoaudiológico. A percepção das crianças e adolescentes sobre suas dificuldades de fala é um tema que necessita ser mais estudado. Um dos instrumentos que aborda a percepção das crianças é o *Speech Participation and Activity of Children* (SPAA-C)³¹. O SPAA-C é baseado na CIF e contém questões a serem respondidas pela criança, irmãos, amigos, pais e professores. Escutar as crianças sobre como lidam com suas dificuldades é importante pois as alterações de fala podem impactar diferentemente na vida de cada uma delas³¹. Existem dados que somente o indivíduo com alterações de fala e linguagem pode relatar, por ser ele quem lida com suas dificuldades diariamente.

Por a CIF-CJ permitir ampliar o olhar do fonoaudiólogo para além das Funções do Corpo, contemplando aspectos de Atividades e Participação e Fatores Ambientais, é importante que seja estudada a sua utilização em todo processo terapêutico. Pesquisas têm abordado a percepção dos pais e profissionais acerca das alterações de fala e linguagem, mas poucos são os estudos que investigaram a percepção das crianças e adolescentes sobre suas dificuldades e sobre as mudanças que ocorrem em suas falas e em seu cotidiano com o acompanhamento fonoaudiológico. Portanto, o presente estudo propõe a descrever aspectos de linguagem, participação e funcionalidade sob a perspectiva de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem, utilizando a CIF-CJ como base conceitual de análise.

A presente tese será apresentada em seis capítulos. Neste primeiro capítulo se apresentou o tema da pesquisa, com a revisão de literatura sobre a utilização da CIF-CJ nas alterações de fala e linguagem, além da justificativa para a realização da pesquisa. Segue-se no capítulo dois, o objetivo geral e os objetivos específicos. O capítulo três contém o método do estudo. O capítulo quatro trata dos resultados obtidos na tese, apresentados no formato de dois artigos. No quinto capítulo realiza-se uma discussão geral dos resultados apresentados nos dois artigos. O capítulo seis contém as considerações finais.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar longitudinalmente a percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem e de crianças e adolescentes com desenvolvimento típico, acerca de aspectos de linguagem, participação e funcionalidade, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - versão crianças e jovens (CIF-CJ).

2.2 Objetivos Específicos

- i) Investigar aspectos de linguagem, participação e funcionalidade de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - versão crianças e jovens (CIF-CJ).

- ii) Caracterizar mudanças nos aspectos de linguagem, participação e funcionalidade, na percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem, após pelo menos seis meses de acompanhamento fonoaudiológico, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- versão crianças e jovens (CIF-CJ).

3.MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com delineamento descritivo-analítico de abordagem qualitativa-quantitativa.

3.1 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que se realizou o estudo sob o CAAE 14110313.9.0000.5404, nos termos da Resolução 466/12 do CONEP (Anexo 1). O estudo foi apresentado e explicado aos responsáveis da criança ou adolescente para anuência e solicitação de assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Apêndice 1).

3.2 Participantes

Participaram da pesquisa 60 crianças e adolescentes: 30 participantes com alterações de fala (CAF) e 30 participantes com desenvolvimento típico de fala e linguagem (DTF).

Foram incluídos participantes com idades entre 4 e 16 anos, que tivessem condições de compreender e responder às questões norteadoras oralmente.

Foram excluídos da pesquisa participantes que apresentaram perda auditiva ou problemas neurológicos.

O grupo de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem (CAF) foi formado por 30 participantes em acompanhamento em uma clínica-escola de fonoaudiologia. Todas as 30 crianças da clínica-escola que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar e todos os responsáveis autorizaram a participação no estudo.

A principal hipótese diagnóstica no grupo CAF foi de 15 casos de gagueira e 15 casos de alterações fonológicas. Alguns participantes apresentaram as duas alterações de fala e linguagem. As alterações foram identificadas por meio dos prontuários institucionais e relatórios de avaliação. Na instituição geralmente as avaliações de linguagem são realizadas com métodos observacionais e situação naturalística, sendo pouco utilizados testes padronizados. O tempo de acompanhamento fonoaudiológico na primeira entrevista variou entre os participantes do grupo CAF. A maioria das crianças e adolescentes havia iniciado a terapia há menos de seis meses ou estavam em atendimento há mais de um ano. As sessões fonoaudiológicas ocorreram semanalmente, com duração de uma hora. Os atendimentos

ocorreram individualmente na maioria dos participantes, entretanto alguns foram realizados em duplas.

Após pelo menos seis meses de atendimento, os participantes do Grupo CAF foram entrevistados novamente para a caracterização de possíveis mudanças com o acompanhamento fonoaudiológico. Na presente pesquisa não foi monitorada a intervenção realizada com os participantes.

O Grupo DTF foi formado por 30 crianças e adolescentes com desenvolvimento típico de fala e linguagem, selecionadas por sorteio em duas escolas de ensino público da cidade de Campinas, Brasil. As escolas participantes foram selecionadas por terem um público com nível socioeconômico próximo ao das crianças e adolescentes atendidos na clínica-escola de Fonoaudiologia. Os participantes do Grupo DTF foram escolhidos de forma que a faixa etária de ambos os grupos fosse a mais semelhante possível. As diretoras e coordenadoras pedagógicas auxiliaram a pesquisadora na seleção de crianças e adolescentes que apresentassem desenvolvimento típico de fala e linguagem, e após essa primeira seleção foram sorteados os participantes para os quais os TCLEs foram enviados.

3.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- versão crianças e jovens (CIF-CJ)

A CIF-CJ faz parte da "família" das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e permite documentar perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde de crianças e adolescentes⁹. Algumas das classificações mais conhecidas e utilizadas dessa família é a Classificação Internacional de Doenças na versão 10 (CID-10)³⁸ e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)³⁹.

A CIF foi criada para complementar a CID e revisar a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), criada em 1980⁴⁰. A OMS, em 1993, iniciou um aprofundamento da ICIDH, contando com ampla participação internacional de diversos grupos de trabalho, surgindo assim a CIF³⁹. Esta classificação foi aprovada no ano de 2001, na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, e traduzida para o português em 2003. Com a adoção da CIF, passou-se de uma classificação centrada nas "consequências das doenças" (versão de 1980) para uma classificação de "componentes da saúde" (CIF), com enfoque biopsicossocial através da adoção de uma "base conceitual de funcionalidade e incapacidade"⁴¹.

A versão da CIF para crianças e jovens⁹ foi posteriormente desenvolvida para captar aspectos da funcionalidade da criança e do jovem em desenvolvimento. Essa nova versão da CIF foi criada para atender a necessidade de caracterizar as primeiras décadas de vida, que se diferenciam dos adultos pelo rápido crescimento e desenvolvimento com mudanças significativas no funcionamento físico, social e psicológico²². Esta versão, concluída em 2007, embora obedecendo a estrutura e organização da CIF original, engloba um total de 237 novos códigos que contemplam especificidades da infância e adolescência. Nesta versão adaptada foi dada especial importância às questões do desenvolvimento e crescimento das crianças e jovens; da criança no contexto da família; do atraso de desenvolvimento; da participação e dos contextos da criança. A CIF-CJ foi traduzida para o idioma português em 2011.

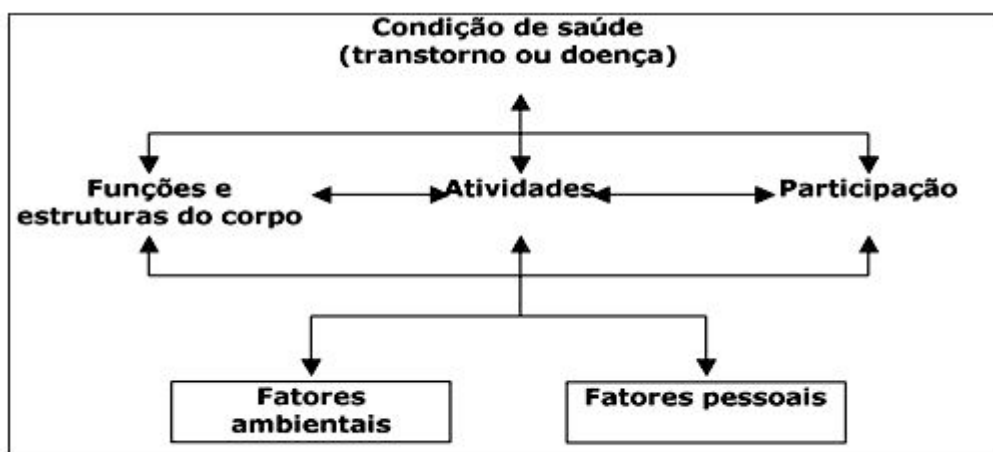
Em 2015, o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, responsável pela família de classificações da OMS no Brasil, realizou a fusão entre a CIF e a CIF-CJ³⁹. Assim foram incorporados à CIF os códigos que antes estavam somente na CIF-CJ, sendo que estes continuam os mesmos, incluindo as letras e números que os compõem. Como essa fusão ocorreu após coleta e análise dos dados, manteve-se a utilização da CIF-CJ.

Os objetivos da CIF-CJ são:

- “- Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde, de seus determinantes e efeitos;
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação entre diferentes usuários, como profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores das políticas públicas e o público, inclusive pessoas com incapacidades;
- Permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Fornecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde”⁴².

Em termos estruturais, a CIF-CJ é composta por duas partes, cada uma com dois componentes. Na 1ª parte são consideradas a funcionalidade e incapacidade – divididas em Funções do Corpo e Estruturas do Corpo; e em Atividades e Participação. Na 2ª parte consideram-se os fatores relacionados com o contexto, que podem ser Ambientais e Pessoais. Todos os componentes têm interação entre eles, como observado na Figura 1.

Os componentes são formados por domínios que permitem a caracterização do indivíduo e de sua condição de saúde. O componente Funções do Corpo corresponde às funções fisiológicas dos sistemas do corpo, e inclui domínios como os relacionados às funções mentais, funções auditivas, funções de linguagem, funções de articulação e funções de fluência e ritmo. Estruturas do Corpo correspondem às partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e suas partes. Atividades e Participação são compostos por domínios relacionados à execução e envolvimento em tarefas e atividades, como: falar, conversar, brincar, se relacionar com diversos parceiros comunicativos. Fatores Ambientais estão relacionados ao ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida. Fatores pessoais são as características da pessoa, como sexo, idade e raça.



Fonte: CIF-CJ, 2011 ⁴².

Figura 1: Interação entre os componentes da CIF-CJ.

Os componentes da CIF-CJ são representados por letras: Funções do Corpo (b), Estruturas do Corpo (s), Atividades e Participação (d), Fatores Ambientais e Pessoais (e)^{9,42}. Na classificação, as letras referentes a cada um destes componentes (s, b, d, e) são seguidas por um código numérico que começa pelo número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito para cada). Os

qualificadores variam de 0 (zero), correspondente a nenhum problema ou dificuldade, 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), até 4, que elenca um problema ou dificuldade total ou completa. Também existem o 8, grau de incapacidade que não esteja especificado, e o 9, para o domínio que não seja aplicável. Por exemplo, o domínio d350 diz respeito ao componente Atividades e Participação (d), ao capítulo 3 que trata da comunicação, e os números “50” são o segundo nível do capítulo.

Em relação aos Fatores Ambientais (e), os domínios pelos quais são formados podem ser considerados como facilitadores (utilizando-se um símbolo “+” a seguir ao código numérico) ou barreiras (utilizando-se um ponto a seguir ao código numérico). O domínio pode ser classificado como facilitador se impactar positivamente na participação e funcionalidade da pessoa. Ou pode ser qualificado como barreira se impactar negativamente na participação e funcionalidade. Assim, um determinado fator ambiental pode ser considerado como sendo nenhum obstáculo (. 0) até obstáculo total (. 4), ou, por outro lado, (+ 0) de nenhum facilitador até facilitador total (+4). Como exemplo, o domínio e410 (Atitudes individuais de membros da família próxima) pode ser considerado uma barreira leve quando utilizamos o símbolo “.1” (e410.1), ou um facilitador moderado quando seguido por “+2” (e410+2)^{9,42}.

3.4 Coleta de Dados e Análise de Dados

A coleta de dados, por ter visado também as mudanças dos aspectos de linguagem, participação e funcionalidade foi realizada em dois momentos, com intervalo de seis a oito meses.

Para a coleta de dados realizou-se: entrevistas individuais com os participantes com questionário semiestruturado (Apêndice 2); questões fechadas (Apêndice 3) aplicadas para os responsáveis visando a coleta de dados sociodemográficos (renda familiar per capita, tipo de união dos pais, escolaridade e profissão materna); e consulta de prontuário da instituição para o grupo CAF.

Em relação às entrevistas, algumas das questões foram traduzidas para o português do *Speech Participation and Activity of Children* (SPAA-C)³¹, por se tratar de referência na área de linguagem e utilizar a CIF, como no presente estudo. Outras questões foram elaboradas por uma das pesquisadoras e validadas externamente pelas demais autoras, de modo a responder aos objetivos do estudo. As questões adaptadas e criadas para o presente estudo tiveram o propósito de: deixar o participante mais à vontade com a situação,

como na questão 1; incentivar que falassem mais sobre suas percepções, como foi o caso das perguntas em que foi pedido para que explicassem “por que?”, “dê exemplos”; e qualificar domínios pré-selecionados como importantes para a caracterização da funcionalidade dos participantes e que não foram contemplados nas questões do SPAA-C³¹.

As questões 10-17 foram respondidas com a escolha de figuras (*Smilies - Emotions*) que representam os sentimentos dos participantes, e foram adaptadas do SPAA-C³¹. Essas questões foram relevantes para o presente estudo porque alguns participantes não conseguiram dizer em palavras seus sentimentos e opiniões, e as figuras foram uma alternativa para expressarem como se sentiam naquelas situações.

As questões 10-17 foram utilizadas juntamente com as outras questões da entrevista, informações de prontuários e questionário preenchido pelo pais, para a qualificação dos domínios da CIF-CJ.

As entrevistas foram conduzidas pela doutoranda fonoaudióloga, individualmente com cada participante. No grupo CAF as entrevistas foram gravadas em vídeo. No grupo DTF as entrevistas foram registradas somente em áudio, devido exigência das escolas.

Para que os dados fossem analisados as seguintes etapas foram realizadas: i) revisão da literatura sobre artigos que trataram dos temas CIF/ CIF-CJ e alterações de fala e linguagem; ii) leitura de todos os capítulos da CIF-CJ relacionados à fala e linguagem; iii) pré-seleção de domínios da CIF-CJ que poderiam ser utilizados com os participantes utilizando-se como base as etapas i e ii; iv) elaboração das questões norteadoras da entrevista a partir do SPAA-C³¹ e de outros estudos e dos domínios da CIF-CJ pré-selecionados; v) realização entrevistas; vi) transcrição das entrevistas; vii) revisão dos domínios da CIF-CJ pré-selecionados; viii) releitura das entrevistas transcritas, análise destas em vídeo e áudio gravados, e análise de prontuários para a qualificação final dos domínios de cada participante.

Os domínios utilizados e qualificados na presente pesquisa são apresentados no Quadro 1, elaborado pela pesquisadora em conjunto com as orientadoras. Trata-se de um roteiro norteador para crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem. Ao considerar que cada indivíduo é único e tem necessidades específicas, domínios podem ser acrescentados ou retirados para a caracterização dos mesmos a depender do caso.

Quadro 1: Domínios da CIF-CJ aplicáveis à crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem.

DOMÍNIOS DA CIF-CJ APLICÁVEIS NAS ALTERAÇÕES DE FALA E LINGUAGEM	
Elaborado por Zerbeto, Chun, Zanolli– UNICAMP, 2017	
Funções do Corpo	
b117	Funções intelectuais
b167	Funções mentais da linguagem
b230	Funções auditivas
b320	Funções de articulação
b320	Funções de articulação
b330	Funções de fluência e do ritmo da fala
Atividades e Participação	
d230	Realizar a rotina diária
d240	Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas
d310	Comunicar e receber mensagens orais
d330	Falar
d350	Conversação
d710	Interações interpessoais básicas
d730	Relacionamento com estranhos
d750	Relacionamento sociais informais
d760	Relacionamentos familiares
d880	Envolvimento em jogos ou brincadeiras
Fatores Ambientais	
e410	Atitudes individuais dos membros da família próxima
e420	Atitudes individuais dos amigos
e425	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade
e580	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde
e585	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a educação

A qualificação dos domínios da CIF-CJ foi realizada de forma individualizada para cada participante, considerando todas as informações coletadas. Domínios de Funções do Corpo do grupo CAF foram qualificadas principalmente com informações obtidas a partir de relatórios e exames dos prontuários, e dados analisados nos vídeos das entrevistas. Informações relativas aos domínios de Atividades e Participação foram coletadas a partir das transcrições das entrevistas, que forneceram dados sobre a percepção dos participantes sobre

suas próprias dificuldades. Para a classificação dos domínios de Fatores Ambientais foram utilizados dados das entrevistas e informações de relatórios fonoaudiológicos contidos nos prontuários, no caso do grupo CAF. Os prontuários continham relatos dos participantes, com informações que nem sempre foram citadas nas entrevistas. Para o grupo DTF, todos os domínios foram qualificados a partir dos dados coletados nas entrevistas.

Para a qualificação dos domínios da CIF-CJ foram seguidas as instruções recomendadas pela OMS^{9,42} sobre as definições, inclusões e exclusões de cada domínio.

Para a análise quantitativa dos dados foi utilizado o programa computacional para análise estatística SPSS for Windows (versão 16.0). Para a comparação dos dados sociodemográficos entre os grupos DTF e CAF foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher. Para a comparação entre os qualificadores da CIF-CJ entre os grupos na Entrevista 1 foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para a comparação das mudanças dos qualificadores da CIF-CJ de um mesmo grupo entre a primeira e segunda entrevista foi utilizado o teste Wilcoxon. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Na análise qualitativa⁴³, as entrevistas foram transcritas, lidas, analisadas e submetidas à análise de conteúdo temático⁴⁴, assim como os relatórios dos prontuários. Depoimentos que representam uma parte da análise qualitativa serão apresentados no decorrer dos artigos. Os participantes serão identificados pela letra “P” e um número de identificação do mesmo, seguido do seu grupo (exemplo: “P12-CAF” significa que o depoimento corresponde a uma fala do participante 12 do grupo CAF).

As análises qualitativa e quantitativa foram complementares nessa pesquisa. A análise qualitativa foi utilizada para qualificar os domínios e analisar o conteúdo das falas dos participantes. A análise quantitativa foi utilizada para comparar o grau de dificuldade dos aspectos de linguagem, participação e funcionalidade entre os grupos e entre as Entrevistas 1 e 2.

4. RESULTADOS

4.1 Artigo 1

Título: Estudo das alterações de fala e linguagem de crianças e adolescentes utilizando a CIF-CJ

Título em Inglês: Study of speech and language disorders in children and adolescents using the ICF-CY

RESUMO

Objetivo: Investigar aspectos de linguagem, participação e funcionalidade de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - versão crianças e jovens (CIF-CJ). **Método:** Pesquisa descritiva-analítica de abordagem qualitativa-quantitativa cuja amostra se constitui de 30 participantes com alteração de fala (CAF) e 30 com desenvolvimento típico de fala e linguagem (DTF). Para a coleta de dados realizou-se entrevistas semiestruturadas com os participantes, estudo dos prontuários, e aplicação de questionário estruturado com os responsáveis. Os dados coletados foram utilizados para qualificar os domínios da CIF-CJ. Para comparação dos qualificadores entre grupos utilizou-se o Teste Mann-Whitney e análise de conteúdo temática para as entrevistas. **Resultados:** Os participantes do CAF relataram dificuldades de fala com repercussão nos domínios relacionados ao componente de Atividades e Participação, como conversar, relacionamento com familiares e amigos, realizar rotinas e lidar com estresse, diferentemente do relatado pelo grupo DTF. **Conclusão:** Os resultados evidenciam o impacto das alterações de fala e linguagem e suas implicações sociais para as crianças e adolescentes. A CIF-CJ mostrou-se útil, trazendo contribuições no planejamento de ações na atenção à saúde de crianças e adolescentes na perspectiva da integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE

Atividade; Participação; Alterações de Fala; Qualidade de Vida; Promoção de Saúde; Fonoaudiologia.

INTRODUÇÃO

No atendimento de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem é importante para os profissionais de saúde, em especial, o fonoaudiólogo, estar atento às implicações sociais que as dificuldades de fala podem causar. Pessoas com alterações de fala e linguagem podem sofrer vulnerabilidade em diversos domínios, sendo um deles a restrição em Atividades e Participação em seu cotidiano¹⁻³. Dessa forma, profissionais que lidam com crianças e adolescentes com tais dificuldades devem se preocupar com aspectos que vão além das alterações fonoarticulatórias e da fluência, e estarem atentos também às repercussões na vida social.

Nas últimas décadas houve uma mudança na área da saúde, o objetivo da atuação de profissionais da saúde passou a abranger mais aspectos além do curar uma doença ou cuidar da vida. Tornou-se importante também reduzir a vulnerabilidade ao adoecer e as chances dessa produzir incapacidade nas crianças e adolescentes⁴. Uma das estratégias adotadas para se atingir tal objetivo foi a implementação de projetos de promoção de saúde, visando o favorecimento da qualidade de vida do sujeito e da coletividade, com ações que reduzam as situações de vulnerabilidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas⁵.

Pela promoção de saúde ser uma questão recente na área da saúde, as ferramentas que contemplam o ser humano nessa perspectiva são poucas, e uma que cumpre esse propósito é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- versão para crianças e jovens (CIF-CJ)⁶. A CIF-CJ é uma classificação que permite aos profissionais de saúde lidar com as alterações de fala e linguagem em uma perspectiva biopsicossocial da saúde⁷⁻⁹. A CIF-CJ introduz uma mudança de paradigma da saúde, do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial, integrando a funcionalidade e a incapacidade humana^{6,10-11}. Nesse contexto, ressalta-se a necessidade da discussão sobre os Sistemas de Classificação elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹²⁻¹³, ainda pouco conhecidos e utilizados no Brasil.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e posteriormente a CIF-CJ foram criadas para complementar a Classificação Internacional de Doenças (CID)¹⁴. Em 2015 houve a fusão entre a CIF e CIF-CJ no Brasil¹⁵, mantendo os mesmos códigos. Entretanto como essa pesquisa teve início anteriormente a esse ano, foi utilizada a versão de crianças e jovens CIF-CJ⁶. O objetivo principal da CIF-CJ é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e servir de referência para a descrição

da saúde de crianças e jovens, estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e formação de bancos de dados^{6,16}. Em termos estruturais, a CIF-CJ é composta por duas partes, cada uma com dois elementos: Na primeira parte são consideradas a funcionalidade e incapacidade – divididas em Funções do Corpo (b) e Estruturas do Corpo (s); e em Atividades e Participação (d). Na segunda parte consideram-se os fatores relacionados com o contexto, que podem ser Ambientais e Pessoais (e). Cada um destes quatro componentes pode ser expresso em termos positivos ou negativos. Assim a CIF-CJ não se restringe apenas aos aspectos negativos, mas documenta também os fatores positivos da funcionalidade¹⁷.

Apesar da importância da CIF-CJ, esta tem sido mais utilizada no meio científico para realização de pesquisas, principalmente em forma de core-sets para determinadas patologias. E os componentes Funções do Corpo e Estrutura do Corpo costumam ser os mais utilizados. A CIF-CJ, ainda, é pouco utilizada na prática clínica¹⁸⁻²⁰, e na prática fonoaudiológica nem todos os componentes costumam ser valorizados de forma semelhante²¹. Os Componentes Atividades e Participação e Fatores Ambientais são de extrema relevância para a classificação de alterações de fala^{8,22-23}, por incluírem domínios do contexto em que a fala e a linguagem acontecem, entretanto nem sempre essas questões são consideradas norteadoras em serviços que trabalham com a demanda de linguagem.

Tradicionalmente, na abordagem fonoaudiológica, o foco da avaliação e diagnóstico de alterações de fala e linguagem tem sido pautado pelo modelo biomédico, correspondente ao componente Funções do Corpo na CIF-CJ²¹. Em um estudo com fonoaudiólogos especialistas em linguagem infantil, oriundos de diferentes regiões da Austrália, os participantes foram questionados sobre aspectos que consideravam em suas avaliações clínicas. As respostas foram analisadas tematicamente usando códigos da CIF e os resultados demonstraram que Funções do Corpo foi o domínio mais considerado pelos fonoaudiólogos na avaliação e diagnóstico de alterações de linguagem²¹. Alguns países que partilham de práticas semelhantes ao estudo realizado na Austrália, tendo como foco as Funções do Corpo e pouco considerando as implicações sociais decorrentes das dificuldades de linguagem são Brasil, França, Alemanha, Grécia, Israel e Japão²⁴. Segundo a autora²⁴, uma das formas de implementar uma visão mais integral do sujeito seria a aplicação dos demais domínios da CIF-CJ, que podem fornecer uma perspectiva mais ampla do que o foco unicamente nas Funções do Corpo relativas à fala, linguagem, voz e fluência.

Estudos que utilizaram uma perspectiva biopsicossocial de saúde têm demonstrado que a dificuldade de fala e linguagem pode repercutir em outros domínios da

vida social e rotina diária, além da função da fala, como fazer novos amigos e falar ao telefone²⁵⁻²⁶. Uma pesquisa realizada com crianças e adolescentes com gagueira indicou que a alteração de fala e linguagem também pode afetar o desempenho escolar, por eles terem receio de expor suas falas, e não se sentirem confortáveis em perguntar ou responder questões na frente de todos na sala de aula²⁷.

Apesar da CIF-CJ ter demonstrado muitas vantagens ao ser utilizada em pesquisas acadêmicas, a utilização dessa ferramenta na avaliação das alterações de fala e linguagem ainda é um desafio⁶, devido à sua extensão e complexidade. Entretanto o uso de uma classificação que aborde a funcionalidade do sujeito, identifique as repercussões sociais das dificuldades de fala e possa servir para a comunicação entre os profissionais de saúde é de grande relevância. Portanto o objetivo do presente estudo é investigar aspectos de linguagem, participação e funcionalidade de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem com os componentes da CIF-CJ.

MÉTODO

Pesquisa com delineamento descritivo-analítico de abordagem qualitativa e quantitativa. Foram incluídas na pesquisa 60 crianças e adolescentes: 30 participantes com alterações de fala e linguagem (CAF) e 30 participantes com desenvolvimento típico de fala (DTF). O grupo CAF foi formado por 30 crianças e adolescentes, com idades entre 4 e 16 anos, com alterações de fala e linguagem (15 com diagnóstico de gagueira e 15 com alterações fonológicas), e em acompanhamento fonoaudiológico na clínica-escola de fonoaudiologia. O Grupo DTF foi formado por 30 crianças e adolescentes com desenvolvimento típico de fala e linguagem, com idades entre 6 e 12 anos, selecionadas por sorteio em duas escolas de ensino público da cidade de Campinas, Brasil. Foram incluídos participantes que tivessem condições de compreender e responder às questões norteadoras, e que não apresentassem perda auditiva ou problemas neurológicos, de acordo com os registros de prontuários.

Para a aplicação das questões norteadoras foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice 2) com os participantes. Parte das perguntas da entrevista foi adaptada para o português do estudo de McLeod²¹, por se tratar de referência na área e utilizar a mesma base conceitual (CIF) do presente estudo. Outras questões foram elaboradas por uma das autoras do artigo, como parte de pesquisa de doutorado e validadas externamente pelas demais autoras, orientadora e coorientadora, de modo a responder aos objetivos do estudo.

As questões 10-17 são figuras que representam rostos com expressões faciais em que os participantes puderam escolher como se sentiam em algumas situações, e foram adaptadas do estudo de McLeod²¹. Essas questões foram relevantes para o presente estudo porque alguns participantes não conseguiram dizer com palavras seus sentimentos e opiniões, e as figuras foram uma alternativa para expressarem como se sentiam naquelas situações. As questões 10-17 foram utilizadas juntamente com as outras questões da entrevista, informações de prontuários e questionário estruturado preenchido pelos pais, para a qualificação dos domínios da CIF-CJ.

As entrevistas foram conduzidas pela doutoranda, individualmente com cada participante. No grupo CAF as entrevistas foram gravadas em vídeo. No grupo DTF as entrevistas foram registradas somente em áudio, devido exigência das escolas. Em ambos os grupos, os responsáveis legais preencheram um questionário estruturado sobre informações da criança, da família e do contexto em que vivem, com dados sobre: renda per-capta, educação materna, profissão materna, tipo de união dos pais e histórico de problemas de comunicação na família.

Para a análise de dados, as entrevistas foram transcritas. A partir dos dados obtidos uma das autoras definiu os domínios da CIF-CJ a serem utilizados, e orientadora e coorientadora realizaram a validação externa.

Para a qualificação dos domínios da CIF-CJ foram consideradas as respostas dos participantes, as informações contidas nos questionários respondidos pelos pais, dados dos prontuários no caso do grupo CAF, e as observações realizadas pela pesquisadora no decorrer da entrevista. Os domínios foram qualificados de forma individualizada para cada participante, considerando todas as informações coletadas.

Em Funções do Corpo, os prontuários foram os principais instrumentos para a qualificação dos domínios, pois continham resultados de exames e relatórios fonoaudiológicos utilizados para qualificar funções intelectuais (b117), mentais (b167), auditivas (b320), de articulação (b320), fluência e ritmo da fala (b330).

As entrevistas foram os principais instrumentos de coleta de dados para a qualificação dos domínios de Atividades e Participação e Fatores Ambientais, pois o objetivo foi conhecer a percepção dos participantes sobre suas dificuldades, e a entrevista foi o instrumento em que puderam relatar suas experiências. No componente de Fatores Ambientais, além dos dados das entrevistas, foram utilizados dados de prontuários para a

qualificação dos domínios. Os prontuários continham relatos dos participantes, com informações que nem sempre foram citadas nas entrevistas.

Para a classificação dos domínios da CIF-CJ foram seguidas as instruções recomendadas pela OMS⁶. Os qualificadores podem variar de 0 (zero) correspondente a nenhum problema ou dificuldade, 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), até 4 que elenca um problema ou dificuldade total ou completa. Também existem o 8, grau de incapacidade que não esteja especificado, e o 9, para o domínio que não seja aplicável.

Os Fatores Ambientais (e) podem ser considerados como facilitadores (utilizando-se um símbolo “+” a seguir ao código numérico) ou barreiras (utilizando-se um ponto a seguir ao código numérico). O domínio pode ser classificado como facilitador se impactar positivamente na participação e funcionalidade da pessoa. Ou pode ser qualificado como barreira se impactar negativamente na participação e funcionalidade. Assim sendo, um determinado fator ambiental pode ser considerado como sendo nenhum obstáculo (. 0), obstáculo leve (.1), obstáculo moderado (.2), obstáculo grave (.3) até obstáculo total (. 4), ou, por outro lado, (+ 0) nenhum facilitador, facilitador leve (+1), facilitador moderado (+2), facilitador grave (+3) ou facilitador total (+4)⁶.

Para a análise quantitativa dos dados foi utilizado o programa computacional para análise estatística SPSS for Windows (versão 16.0). Para a comparação entre os qualificadores da CIF-CJ entre os grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para a comparação entre dados socioeconômicos foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$). Na análise qualitativa, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temático²⁸.

Para a análise qualitativa, as entrevistas foram lidas, analisadas e submetidas à análise de conteúdo temático. A análise qualitativa foi importante para determinar os domínios da CIF-CJ que seriam utilizados na presente pesquisa e qualificar os domínios de cada participante. As análises quantitativa e qualitativa estão relacionadas entre si pois a análise qualitativa foi útil para a escolha do qualificador, e a quantitativa foi importante para comparar a magnitude da dificuldade entre os grupos.

Depoimentos serão apresentados no decorrer do artigo, sendo os participantes identificados pela letra “P” e um número de identificação do mesmo, seguido do seu grupo. Um exemplo é “P11-CAF” que significa que o depoimento corresponde a uma fala do participante 11 do grupo CAF.

RESULTADOS

A caracterização das crianças e dos adolescentes é apresentada na Tabela 1.

Observa-se que a maioria dos participantes do grupo CAF (80%) era do sexo masculino. Em relação ao tipo de união dos pais, escolaridade e profissão materna, na maioria dos participantes de ambos os grupos, os pais que vivem juntos, as mães tinham entre 10 a 12 anos de estudo com ensino médio completo, e profissões que geram renda para a família. No DTF sete responsáveis pelos participantes não informaram a renda familiar, o que prejudicou a análise estatística desta variável.

Tabela 1: Caracterização dos participantes dos Grupos CAF e DTF.

Variáveis		CAF N(%)	DTF N(%)	p-valor **
Sexo	Feminino	6 (20)	16 (53.3)	0,007
	Masculino	24 (80)	14 (46.7)	
Faixa etária	Criança	20 (66.7)	25 (83.3)	0,136
	Adolescente	10 (33.3)	5 (16.7)	
Renda per capita*	Sem informação	0 (0)	7 (23.3)	0,005
	≤ 1 SM	21 (70)	12 (40)	
	>1 SM	9 (30)	11 (36.7)	
Escolaridade Materna	≤ 9 anos de estudo	11 (36.7)	5 (16.7)	0,204
	10-12 anos de estudo	12 (40)	17 (56.7)	
	> 12 anos de estudo	7 (23.3)	8 (26.7)	
Profissão Materna	Sem renda (do lar)	4 (13.3)	2 (6.7)	0,670
	Com renda (trabalho com ou sem vínculo empregatício)	26 (86.7)	28 (93.3)	
Tipo de união dos pais	Vivem juntos	26 (86.7)	20 (66.7)	0,117
	Separados	4 (13.3)	10 (33.3)	
Histórico de problemas de linguagem na família	Com histórico	11 (36.7)	8 (26.7)	0,405
	Sem histórico	19 (63.3)	22 (73.3)	

N (número de casos); % (porcentagem); * 1 Salário mínimo (SM) no Brasil em 2015 é R\$ 788, equivalente a aproximadamente US\$263 considerando que US\$1 equivale a R\$ 3; ** Teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher ($p \leq 0.05$). CAF (com alterações de fala e linguagem); DTF (com desenvolvimento típico de fala e linguagem).

Nos dois grupos, a maioria dos participantes não relatou histórico de problemas de fala na família.

A seguir são apresentados os resultados referentes à Funções do Corpo (Tabela 2), Atividades e Participação (Tabela 3) e Fatores Ambientais (Tabela 4) dos Grupos CAF e DTF.

Tabela 2: Classificação CIF-CJ das Funções do Corpo nos Grupos CAF e DTF.

Funções do Corpo / Qualificadores*		0	1	2	3	4	8	9	p-valor**
b117- Funções intelectuais	CAF(n)	30							1,000
	DTF (n)	30							
b167-Funções mentais da linguagem	CAF(n)	30							1,000
	DTF (n)	30							
b230- Funções auditivas	CAF(n)	30							1,000
	DTF (n)	30							
b320- Funções de articulação	CAF(n)	12	9	4	5				< 0,001
	DTF (n)	30							
b330- Funções da fluência e do ritmo da fala	CAF(n)	14	6	8	2				< 0,001
	DTF (n)	30							

* 0 (nenhuma dificuldade), 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), 4 (dificuldade completa), 8 (não especificada), 9 (não aplicável); **Teste Mann-Whitney ($p \leq 0.05$). CAF (com alterações de fala e linguagem); DTF (com desenvolvimento típico de fala e linguagem).

Na análise do componente Funções do Corpo, nos domínios b117 (Funções intelectuais), b167 (Funções mentais da linguagem), b230 (Funções auditivas) todos os participantes, de ambos os grupos, apresentaram qualificador zero, ou seja, nenhuma dificuldade (Tabela 2). Esses domínios foram qualificados a partir dos dados de prontuário.

O grau de severidade das funções de articulação e fluência foi qualificado com informações dos prontuários e observações realizadas pela entrevistadora durante a entrevista. No domínio de articulação (b320) os participantes de CAF apresentaram dificuldades que variaram de leve à grave, referindo que as pessoas apresentam dificuldade em entender o que falavam em ambiente como casa e escola. No domínio que trata das questões de fluência (b330) seis participantes do CAF apresentaram dificuldade leve, oito apresentaram dificuldade moderada e dois apresentaram dificuldade grave. As crianças mais novas referiram que outras pessoas falavam que tinha algo errado com sua fala, mas nem todas nomearam a dificuldade de linguagem que tinham. Os participantes que estavam em terapia

há mais tempo, abordaram mais abertamente questões da fluência e suas repercussões, como por exemplo “*minha fala é ruim porque eu gaguejo*” (P11-CAF).

Tabela 3: Classificação CIF-CJ das Implicações em Atividades e Participação nos Grupos CAF e DTF.

Atividade e Participação/ Qualificadores*		0	1	2	3	4	8	9	p-valor**
d230- Realizar a rotina diária	CAF (n)	13	8	8	1				< 0,001
	DTF (n)	30							
d240- Lidar com e estresse e outras exigências psicológicas	CAF(n)	2	15	11	2				< 0,001
	DTF (n)	30							
d3101- Compreender mensagens faladas simples	CAF(n)	30							1,000
	DTF (n)	30							
d330- Falar	CAF(n)		11	15	4				< 0,001
	DTF (n)	30							
d350- Conversação	CAF(n)	5	11	10	4				< 0,001
	DTF (n)	30							
d710- Interações interpessoais básicas	CAF(n)	4	15	8	3				< 0,001
	DTF (n)	24	6						
d730- Relacionamento com estranhos	CAF(n)	1	10	17	2				0,057
	DTF (n)	4	13	13					
d750- Relacionamentos sociais informais	CAF(n)	3	16	8	3				< 0,001
	DTF (n)	27	3						
d760- Relacionamentos familiares	CAF(n)	5	11	10	4				< 0,001
	DTF (n)	24	6						
d880- Envolvimento em jogos ou brincadeiras	CAF(n)	16	10	3	1				< 0,001
	DTF (n)	27	3						

* 0 (nenhuma dificuldade), 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), 4 (dificuldade completa), 8 (não especificada), 9 (não aplicável); **Teste Mann-Whitney ($p \leq 0.05$). CAF (com alterações de fala e linguagem); DTF (com desenvolvimento típico de fala e linguagem).

Na comparação dos domínios de Atividades e Participação entre os grupos CAF e DTF, observa-se na Tabela 3 que com exceção do d730 (Relacionamento com estranhos) e de d3101 (Compreender mensagens faladas simples) a diferença entre os grupos foi

estatisticamente significativa, com $p\text{-valor} < 0,001$, demonstrando assim as implicações sociais decorrentes das alterações de fala e linguagem.

As dificuldades nas funções de articulação e fluência tiveram repercussão no falar (d330) e conversação (d350). Participantes do CAF, em sua maioria, relataram preferir conversar com familiares da família próxima e alargada. Enquanto que os participantes do DTF alegaram preferir essa atividade com amigos da escola e vizinhos. Participantes do CAF também informaram não gostar de conversar com quem tem dificuldade de compreender a fala deles, com colegas que imitam seu jeito de falar, colocam apelidos ou fazem brincadeiras relacionadas à sua dificuldade de fala e linguagem (Tabela 3).

As alterações de fala e linguagem também apresentaram implicações nos relacionamentos dos participantes do grupo CAF com seus diversos interlocutores. O relacionamento pior qualificado em ambos os grupos foi o com estranhos (d730), e o melhor qualificado pelos participantes do CAF foram os sociais informais (d750).

No CAF, o relacionamento com amigos foi um dos domínios com menor dificuldade, porém ainda assim não foi classificado como “zero”. Isso devido a muitos colegas da escola e vizinhos apresentaram atitudes barreiras (e420, e425) que prejudicaram o relacionamento social informal (Tabela 4).

Tabela 4: Classificação CIF-CJ dos Fatores Ambientais nos Grupos CAF e DTF.

Fatores Ambientais/ Qualificadores*		.4	.3	.2	.1	0	+1	+2	+3	+4	8	9	p-valor**
e410-Atitudes individuais dos membros da família próxima	CAF (n)		4	13	7	2	3	1					< 0,001
	DTF (n)					3	2	8	10	7			
e420- Atitudes individuais dos amigos	CAF (n)		1	6	10	9	3	1					< 0,001
	DTF (n)				2		1	7	13	7			
e425- Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade	CAF (n)		4	4	16	6							< 0,001
	DTF (n)			1		29							
e580- Serviços, Sistemas e Políticas relacionados com a saúde	CAF (n)			1		4	8	5	11		1		0,277
	DTF (n)		1			4	12		6	1	6		
e585- Serviços, Sistemas e Políticas relacionados com a educação	CAF (n)		2			1	8	7	10		2		0,248
	DTF (n)	1				7	6	1	7	1	7		

* .4 (barreira completa), .3(barreira grave), .2 (barreira moderada), .1(barreira leve), 0 (nenhum facilitador), +1 (facilitador leve), +2 (facilitador moderado), +3 (facilitador grave), +4 (facilitador completo), 8 (não especificada), 9 (não aplicável); **Teste Mann-Whitney ($p \leq 0.05$). CAF (com alterações de fala e linguagem); DTF (com desenvolvimento típico de fala e linguagem).

Quanto ao relacionamento com familiares (d760) participantes de ambos os grupos disseram que era bom, alegando que os pais eram referências, ajudavam e davam suporte sempre que precisavam (Tabela 3). Entretanto alguns participantes do CAF classificaram a relação como “triste” em função das atitudes que os familiares apresentavam diante das dificuldades de fala e linguagem (e410) (Tabela 4).

Os participantes do CAF relataram diferentes reações diante de situações em que não eram entendidos ou alguém dizia algo malicioso de sua fala (d240-Lidar com estresse e outras exigências psicológicas) (Tabela 3). Diante dessas situações a maioria dos participantes do CAF relatou sair de perto dessas pessoas, e evitar se aproximarem delas e de locais que elas costumam frequentar. Seguem dois trechos que exemplificam a dificuldade nesse domínio *“porque assim ... eles encham meu saco, encham e eu não consigo dormir”* (P3-CAF), *“eu tento só evitar essas pessoas... a hora que eu vejo alguém falando meu nome, eu saio”* (P18-CAF).

Nos domínios de Fatores Ambientais (Tabela 4), as atitudes individuais de familiares, amigos e conhecidos (e410, e420, e425) foram classificadas em sua maioria como barreiras no CAF, e como facilitadores no DTF. O apoio recebido por serviços de saúde (e580) e educação (e585) foi considerado pelos responsáveis dos participantes de ambos os grupos como um facilitador.

Sobre as atitudes de membros da família próxima (e410), no CAF foram relatadas atitudes consideradas barreiras tais como pouca conversa entre pais e filhos; os pais e parentes corrigirem as falas dos participantes e dizerem que elas estão falando as palavras do jeito errado; e pedirem para que elas repitam até falarem do jeito correto. No caso da gagueira, os membros da família próxima dizem para os participantes *“falar mais devagar”*, *“parar de falar, respirar e continuar”*, *“ficar mais calmo”*, atitudes essas que podem ser barreiras para a criança falar.

As atitudes individuais de amigos (e420) foram as que apresentaram melhores qualificadores de facilitadores dentre os domínios relativos às atitudes. No CAF, houve atitudes facilitadoras como: esperar a criança/adolescente falar; ser uma companhia de brincadeira; e poder contar tudo que acontece no cotidiano. Entretanto, também foram relatadas atitudes “barreiras”, como interrupções quando estão em um momento de disfluência. Tais atitudes de amigos consideradas barreiras também apareceram nas atitudes dos conhecidos e pares (e425), que pediram para a criança/adolescente *“falar mais devagar”* *“calma, respira, continua”*, corrigiram suas falas, colocaram apelido relacionados à

dificuldade de fala e imitaram o jeito de falar “*eles zoam de mim ... ficam repetindo o que eu falo*” (P16-CAF).

DISCUSSÃO

Para discutir as repercussões que as alterações de fala e linguagem podem gerar no cotidiano de crianças e adolescentes foram realizadas busca e leitura exaustiva sobre o tema. Entretanto foram poucos os estudos encontrados que utilizaram uma análise qualitativa e quantitativa utilizando a CIF-CJ e os componentes Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Portanto, grande parte dos estudos aqui referenciados não utilizaram a CIF ou a CIF-CJ em suas análises, mas apresentaram dados que permitiram discutir achados da presente pesquisa.

Os resultados indicaram que as alterações de fala dos participantes do CAF (b320, b330) repercutiram nos domínios de Atividades e Participação estudados. As implicações em atividades e participação social, como: falar; conversar; relacionamento com familiares e amigos; realizar a rotina e lidar com estresse, demonstram que a alteração na fala e linguagem pode repercutir em domínios que vão além das Funções do Corpo, domínio este que costuma ser mais valorizado que os demais da CIF-CJ em diversos países^{21,24} e não são contemplados em muitas ferramentas e instrumentos de saúde.

Os achados dos domínios de Atividades e Participação e Fatores Ambientais possibilitam correlacionar as questões da comunicação e os aspectos sociais e ambientais da vida das crianças e adolescentes, relacionando o estado de saúde ao ambiente e contexto social. Tal correlação foi possível pela abordagem biopsicossocial da CIF-CJ, como destacado por autores que discutem, ainda que teoricamente, essa questão¹⁰⁻¹¹. Os resultados evidenciam a aplicabilidade de uso dos componentes Atividade e Participação e Fatores Ambientais como norteadores de serviços de saúde de crianças e adolescentes com dificuldades de comunicação⁸.

A utilização da CIF-CJ possibilitou abranger diversos aspectos das crianças com alterações de fala e linguagem, além da dimensão orgânica-patológica. Além das manifestações de gagueira, expressas por bloqueios, pausas e prolongamentos, os participantes do estudo abordaram repercussões em sua vida social e rotina diária, como mostram outros trabalhos da CIF em pessoas com gagueira²⁵⁻²⁶.

A dificuldade para conversar foi relatada em diversos ambientes, especialmente em casa e na escola. Em casa, alguns participantes do CAF relataram falar pouco com seus

pais. Na escola citaram menos nomes de amigos que os participantes do grupo DTF, além de menor participação em sala de aula nas situações em que a fala era necessária. Essa questão além de influenciar no relacionamento com seus colegas pode afetar o rendimento escolar, por terem vergonha de perguntar suas dúvidas ou responderem que não sabem a resposta por não quererem expor sua fala, como abordado em um estudo sobre as dificuldades escolares de pessoas com gagueira²⁷.

Dessa maneira ressalta-se a importância de contato com a escola e seus professores esclarecendo mitos sobre a gagueira e como lidar com ela. O conhecimento que se têm das alterações de fala e linguagem e de sua relação com a aprendizagem ainda é pouco científico, como discutido em um estudo em que se aplicou um questionário semiestruturado em professores sobre seus conhecimentos sobre o assunto²⁹. Na literatura internacional, trabalhos da área da educação com e sobre a CIF-CJ têm demonstrado a importância deste instrumento para a educação inclusiva, participação das crianças em sala de aula e elaboração de políticas que as incluam na sociedade^{13,30}, sendo necessário ampliar esse debate no Brasil.

A dificuldade na conversação (d350) pode também influenciar nos relacionamentos, como foi observado no CAF. Os participantes do CAF relataram preferir falar com familiares (d760), enquanto que as crianças e adolescentes do DTF citaram mais crianças de suas idades (d750). Apesar dos participantes do CAF relatarem ser menos difícil conversar com familiares, foi observado que esses apresentaram atitudes consideradas barreiras para a comunicação da criança (e410). Uma das possíveis justificativas desse fato decorre da tentativa dos familiares em ajudar a criança ou o adolescente em sua fala. Porém nem sempre os familiares utilizam recursos que realmente facilitam a fala, como discutido em estudo sobre concepções e atitudes de mães de crianças e adolescentes com gagueira³¹.

Tais achados reafirmam a importância do trabalho em conjunto com os pais e pessoas significativas na vida da criança e do adolescente para maior compreensão das alterações de fala e linguagem e de como lidarem com elas. Nesse sentido propostas de atuação com a família individual ou em grupo assumem relevância. O grupo com familiares se constitui em um espaço de partilha, trocas e acolhimento que pode auxiliar nesse momento, como enfatizado por revisão de literatura sobre grupo terapêutico na Fonoaudiologia³².

Na presente pesquisa, a conversa com estranhos foi referida como difícil pelo fato dos participantes não conhecerem e não terem afinidades com o desconhecido, bem como pelo receio de comentarem ou perguntarem sobre a sua dificuldade de fala. Algumas crianças relataram a preocupação com brincadeiras maliciosas acerca de suas falas. O relacionamento

com estranhos (d730) foi relatado como o mais difícil dentre as relações pesquisadas por ambos os grupos, enquanto que o relacionamento com pessoas conhecidas (d750, d760) foi referido com menor dificuldade. Resultados similares foram encontrados em um estudo realizado com adultos gagos, em que os participantes relataram que a conversa com pessoas que mais conheciam era menos difícil do que com pessoas que conheciam pouco³³.

Um dos fatores que influenciam a qualidade do relacionamento com outros interlocutores são as atitudes e apoio que as crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem recebem das figuras significativas de sua vida. Tais atitudes podem repercutir de forma positiva ou negativa na conversação, na auto-imagem e no estabelecimento da identidade pessoal e social desses sujeitos. No estudo de Smith³⁴ foram caracterizados os apoios e estratégias que a mãe ou o pai utilizavam para conversar com o filho com dificuldades de fala. Neste caso, enquanto a mãe se preocupava mais com a forma do filho falar do que com a mensagem, o pai se atentava mais ao conteúdo da conversa. Após análise das interações, as conversas entre o pai e a criança pareceram mais efetivas, mostrando que as diferentes atitudes das figuras significativas podem ter repercussões diversas na interação³⁴. A imagem de si próprio e a que as figuras significativas têm da pessoa com alterações de fala são fundamentais para a formação da identidade. Caso essa imagem não seja de incentivo à fala, o sujeito pode se isolar e diminuir sua participação social, podendo influenciar nos seus relacionamentos, identidade e na própria fala.

As atitudes dos familiares (e410), amigos (e420) e conhecidos (e425) com as crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem mostraram-se como um fator que, muitas vezes, prejudicou os diversos relacionamentos das crianças e adolescentes do CAF. Esses fatores dificultaram a realização da rotina (d230), limitando a participação em ambientes em que estejam presentes pessoas que têm atitudes consideradas barreiras e gerando uma dificuldade em lidar com estresse dessas situações (d240). O estresse em crianças e adolescentes decorrentes das alterações de fala e linguagem é um domínio a que os profissionais devem estar atentos, como demonstra um estudo de coorte realizado na Inglaterra no qual foi encontrada uma associação entre gagueira e sofrimento psíquico³⁵.

Os resultados reiteram a importância de os profissionais estarem atentos às questões biopsicossociais, abrangendo as consequências das alterações de fala e linguagem no cotidiano, sendo que a utilização da CIF-CJ se mostrou efetiva para esse fim no presente estudo. Outros trabalhos corroboram estes achados, como no caso da pesquisa em que uma versão da CIF-CJ foi utilizada para classificar a funcionalidade de Jarrod, um menino de sete

anos com fala ininteligível²². Na caracterização dessa criança, ressaltou-se a importância dos componentes de Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Por meio destes, a autora obteve elementos para propor mudanças que melhorassem a interação de Jarrod com seus professores e colegas no ambiente escolar, bem como decisões políticas e sociais para um ambiente facilitador e serviços apropriados para as crianças com alterações de fala e linguagem, mostrando a utilidade da CIF-CJ²².

Os resultados reafirmam a aplicabilidade e a importância da utilização da CIF-CJ em crianças com alterações de fala e linguagem, especialmente, nos componentes de Atividades e Participação e Fatores Ambientais, por sua abrangência em relação aos fatores sociais e ambientais, que possibilitaram investigar o impacto dessas alterações. A utilização da CIF-CJ, por proporcionar uma linguagem em comum na investigação das alterações de fala e linguagem, também pode contribuir para a realização de parcerias mais efetivas entre profissionais da saúde, professores, pais e políticos, de forma a proporcionar um ambiente que facilite a participação dessas pessoas na sociedade²².

Destaca-se como um dos pontos fortes desse artigo, a originalidade ao utilizar a CIF-CJ no âmbito da Fonoaudiologia no Brasil, particularmente com alterações de fala e linguagem. A CIF-CJ é ainda pouco conhecida e difundida na área clínica e de pesquisa, mas com grande potencial pela abordagem biopsicossocial que utiliza. O conhecimento da percepção das próprias crianças e adolescentes acerca de suas alterações de fala e linguagem também merece destaque, pois ainda são poucas as pesquisas que investigam o impacto dessa alteração pela ótica do sujeito afetado.

Uma das limitações da pesquisa volta-se ao fato do estudo estar restrito a uma única clínica-escola, e o número limitado de participantes. Outra limitação está relacionada à complexidade da CIF-CJ e pouca sistematização sobre o que é considerado como dificuldade leve, moderada, grave ou completa em cada domínio. Devido à pouca padronização sobre a severidade da dificuldade, torna-se difícil aplicar uma regra a ser seguida. Embora complexa pela sua extensão e pouco conhecida pelos profissionais³⁶, não é impossível que seja utilizada na prática clínica. Apesar das limitações citadas, acreditamos que os resultados encontrados são válidos para o cenário acadêmico e clínico.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que na percepção das próprias crianças e adolescentes, as alterações de fala e linguagem repercutiram na maioria dos domínios de Atividades e

Participação, resultando em implicações em atividades como falar, conversar e dificuldades para se relacionar com amigos, familiares, conhecidos e estranhos. Destaca-se que a utilização da CIF-CJ foi fundamental para o levantamento dessas repercussões.

Ainda na percepção desse grupo, seus interlocutores apresentam atitudes barreiras que dificultam o relacionamento entre eles, pedindo para a criança/adolescente repetir, corrigir sua fala, imitar seu jeito de falar, colocar apelidos ou fazer brincadeiras relacionadas à sua dificuldade de fala. Esses fatores impactaram a rotina diária e também em como essas crianças e adolescentes lidam com essas situações de estresse, evitando situações com pessoas que não entendem suas falas ou que fazem brincadeiras relacionadas às suas dificuldades de fala.

Os achados mostram que a utilização da CIF-CJ trouxe importantes subsídios para o acompanhamento fonoaudiológico na atenção à saúde de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem. O uso da CIF-CJ permite a caracterização da fala, linguagem e aspectos sociais e ambientais das crianças e adolescentes na avaliação fonoaudiológica e definição de metas terapêuticas. A CIF-CJ mostra-se relevante por abordar componentes de Atividades e Participação e Fatores Ambientais, como também por possibilitar uma linguagem comum para uma parceria e comunicação mais efetiva entre os profissionais da saúde e educação envolvidos.

Ao utilizar uma abordagem biopsicossocial de funcionalidade e participação das crianças e adolescentes, norteada pela atenção integral e promoção da saúde, foi possível correlacionar as alterações de fala e linguagem com o contexto social e ambiental desse grupo populacional. Dessa maneira, essa abordagem possibilitou conhecer as dificuldades e potencialidades dessas crianças e adolescentes, trazendo contribuições para o planejamento de ações na atenção à saúde de crianças e adolescentes na perspectiva da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Markham C, Dean T. Parents' and professionals' perceptions of Quality of Life in children with speech and language difficulty. *Int J Lang Commun Disord.* 2006; (41): 189– 212.

2. McCormack J, McLeod S, Harrison LJ, McAllister L. The impact of speech impairment in early childhood: Investigating parents' and speech-language pathologists' perspectives using the ICF-CY. *J Commun Disord*. 2010; 43(5), 378-96.
3. McLeod S, McAllister L, McCormack J, Harrison LJ. Applying the World Report on Disability to children's communication. *Disabil Rehabil*. 2014; 36(18):1518-28.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, secretária de atenção à saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Pactos pela Saúde: 2006. Brasília: DF; 2010.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saúde Colet*. 2000; 5(1):163-77.
6. World Health Organization. ICF-CY: International classification of functioning, disability and health—Children and youth version. Geneva:Author; 2007.
7. Simeonsson RJ. Classification of communication disabilities in children: Contribution of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Int J Audiol*. 2003; (42): S2 – S8.
8. Threats TT, Worrall L. Classifying communication disability using the ICF. *Adv Speech Lang Pathol*. 2004; (6): 53-62.
9. Threats TT. Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. *J Commun Disord*. 2006; (39):251-65.
10. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3):475-83.
11. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2008; 11(2): 324-35.

12. Mangia EF, Muramoto MT, Lancman S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2008;19 (2): 121-30.
13. Maxwell G, Koutsogeorgou E. Using Social Capital to Construct a Conceptual International Classification of Functioning, Disability, and Health Children and Youth Version - Based Framework for Stronger Inclusive Education Policies in Europe. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012; 91(Suppl 2): S118-S123.
14. World Health Organization. Classification of Mental and Behavioural Disorders- CID 10. Geneva: WHO, 1992.
15. CCOMS. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a família das Classificações Internacionais (org). ICF: International classification of functioning, disability and health. São Paulo: EDUSP, 2015. Portuguese
16. Kostanjsek N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*. 2011;11(Suppl 4):1471-2458/11/S3/S4.
17. Ustun TB, Chaterji S, Bickenbach J, Kastanjsek N, Schnieder M. The international classification of functioning, disability and health: A new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil*. 2003; 25(11-12): 565 -71.
18. Björck-Åkesson E, Wilder J, Granlund M, Pless M, Simeonsson R, Adolfsson M. The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention - Feasibility and usefulness as a common language and frame for practice. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(S1): S125-S138.

19. Dempsey L, Skarakis-Doyle E. Developmental language impairment through the lens of the ICF: an integrative account of children's functioning. *J Commun Disord.* 2010; (43): 424–37.
20. Threats TT. Use of the ICF for clinical practice in speech-language pathology. *Int J Speech Lang Pathol.* 2008. 2008; 10(1 – 2): 50 – 60.
21. McLeod S. Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Adv Speech Lang Pathol.* 2004; 6(1):75-81.
22. McLeod S. An holistic view of a child with unintelligible speech: insights from the ICF and ICF-CY. *Adv Speech Lang Pathol.* 2006; 8(3):293-315.
23. Howe TJ. The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *Int J Speech Lang Pathol.* 2008; 10(1 – 2): 27 – 37.
24. McLeod S. *The international guide to speech acquisition.* 1 ed. Nova York: Thomson Delmar Learning, 2007.
25. Yaruss JS. Application of the ICF in fluency disorders. *Semin Speech Lang.* 2007; 28(4):312–22.
26. Yaruss, JS, Quesal RW. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *J Fluency Disord.* 2006; (31): 90–115.
27. Barbosa LMG, Chiari BM. *Gagueira- etiologia, prevenção e tratamento.* 2ed. Carapicuíba: Profono; 2005.
28. Turato ER. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.* Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

29. Villani VG, Curriel DT, Oliveira CMC. O que pensam os professores em formação inicial sobre a 'gagueira'. *Nuances* 2001; (7):53-61.
30. Hollenweger J, Moretti M. Using the International of Functioning, Disability and Health Children and Youth Version in Education Systems. *Am J Phys Med Rehab.* 2012; 91 (Suppl 2):S97–S102.
31. Martins EMV. Gagueira e família: concepções, atitudes e sentimentos manifestados no discurso das mães [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
32. Ribeiro VV, Panhoca I, Dassie-Leite AP, Bagarollo MF. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2012; 14(3): 544-52.
33. Bragatto EL, Osborn E, Yaruss JS, Quesal R, Schiefer AM, Chiari BM. Brazilian version of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering - Adults protocol (OASES-A). *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012; 24 (2):145-51.
34. Smith MM. Environmental influences on aided language development: The role of partner adaptation. In: Tetzchner GN, editors. *Augmentative and alternative communication: Developmental issues.* London: Whurr; 2003. P. 155–75.
35. McAllister J, Collier J, Shepstone L. The impact of adolescent stuttering and other speech problems on psychological well-being in adulthood: evidence from a birth cohort study. *Int J Lang Commun Disord.* 2013; 48(4):458-68.
36. Martinuzzi A, De Polo G, Bortolot S, Pradal M. Pediatric neurorehabilitation and the ICF. *NeuroRehabilitation.* 2015; (36):31–36.

4.2 Artigo 2

Título: Acompanhamento fonoaudiológico e mudanças em funcionalidade na percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem: utilização da CIF-CJ.

Título em inglês: Speech-Language Pathology therapy and changes in functionality in the perception of children and adolescents with speech and language disorders: use of ICF-CY.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar mudanças nos aspectos de linguagem, participação e funcionalidade, na percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem, após pelo menos 6 meses de acompanhamento fonoaudiológico, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- versão crianças e jovens (CIF-CJ). **Método:** Pesquisa delineamento descritivo-analítico, longitudinal e de abordagem qualitativa-quantitativa, cuja amostra se constituiu de 60 crianças e adolescentes: 30 com alteração de fala e linguagem e 30 com desenvolvimento típico de fala. Coleta foi realizada em dois momentos: início da pesquisa e seis meses depois. Para coleta de dados realizou-se questionário semiestruturado com os participantes, e análise de prontuário. A partir desses dados, a condição de saúde foi qualificada com os domínios da CIF-CJ. Para comparação entre as entrevistas utilizou-se o Teste Wilcoxon, e análise de conteúdo temática. **Resultados:** O uso da CIF-CJ possibilitou caracterizar as mudanças ocorridas com o acompanhamento fonoaudiológico. Os participantes com alterações de fala e linguagem apresentaram diminuição do grau de dificuldade nos domínios respectivos à: funções de articulação e fluência, relacionamentos sociais, atividades do cotidiano, envolvimento no brincar, atitudes barreiras das pessoas, e modo de lidar com o estresse. **Conclusão:** A CIF-CJ mostrou-se adequada para a caracterização das mudanças positivas ocorridas com o acompanhamento, pois permitiu contemplar aspectos além dos biológicos, como também o impacto social no cotidiano das pessoas, especificamente daquelas com alterações de fala e linguagem.

PALAVRAS-CHAVE

CIF-CJ; Transtorno de Linguagem; Comunicação; Participação; Fonoaudiologia.

INTRODUÇÃO

A percepção das crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem sobre as mudanças que ocorrem em suas falas e em seu cotidiano após o acompanhamento fonoaudiológico tem sido pouco abordada na literatura. E a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - versão crianças e jovens (CIF-CJ)¹ é uma ferramenta a ser considerada pela Fonoaudiologia com este propósito. A CIF-CJ possibilita caracterizar aspectos de funcionalidade de maneira quantitativa e qualitativa em todo processo do acompanhamento e sob a perspectiva das diferentes pessoas envolvidas.

A CIF-CJ interessa à atuação na área de linguagem por promover uma mudança da visão biomédica da saúde para uma visão biopsicossocial da pessoa¹⁻³. A visão biopsicossocial contempla componentes importantes a serem observados em todo processo de acompanhamento fonoaudiológico na área de linguagem, pois caracteriza as dificuldades de fala e linguagem e seu impacto nas relações sociais e atividades cotidianas³⁻⁹. Entretanto, nem sempre o impacto que as alterações de fala podem causar na vida das pessoas é considerado pelos fonoaudiólogos da mesma maneira que os aspectos de fluência ou articulação¹⁰⁻¹¹. Uma das maneiras de ampliar esse olhar para além dos aspectos observáveis da fala é a utilização da CIF-CJ¹. Em 2015⁸ houve a fusão entre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e sua versão para crianças e jovens CIF-CJ, porém como a mesma ocorreu após coleta e análise dos dados da pesquisa, manteve-se a utilização da CIF-CJ¹.

Por apresentar uma linguagem padronizada, a CIF-CJ pode ser utilizada em todo processo do acompanhamento fonoaudiológico, como caracterização inicial^{5,12-15}, estabelecimento de objetivos¹⁶⁻¹⁸, e avaliação dos resultados da terapia^{11-12,19}. O uso da CIF-CJ ao longo do processo terapêutico é interessante pois certifica que o fonoaudiólogo observe as mudanças que ocorreram após acompanhamento fonoaudiológico nos diferentes componentes de Funções do Corpo, Atividades e Participação, e Fatores Ambientais.

Outra possibilidade oferecida pela CIF-CJ é a análise qualitativa e quantitativa dos domínios nos diferentes componentes. Com o uso desses dois tipos de análises, é possível caracterizar o grau de dificuldade que a pessoa apresenta e explicar qualitativamente o motivo pelo qual aquele qualificador em determinado domínio foi utilizado.

A análise das mudanças que ocorrem após o início do acompanhamento fonoaudiológico têm sido realizadas principalmente sob o olhar do fonoaudiólogo e dos pais das crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem^{11-12,19}. Exemplos em que os

fonoaudiólogos e pais avaliaram essas mudanças ocorreram no Canadá com a utilização do instrumento *Focus on the Outcomes of Communication Under Six* (FOCUS)^{11,14,19}. Nesses estudos, os pais relataram mais mudanças positivas em Atividades e Participação e Fatores Pessoais do que os clínicos. Demonstrando assim que os pais percebem as melhoras no cotidiano de seus filhos¹¹. Desta forma, reconhece-se a importância de ouvir a percepção da família e a envolver ao longo de todo o processo terapêutico^{4,18}.

A percepção das crianças e adolescentes sobre suas dificuldades de fala e linguagem tem sido pouco estudada e é um tema que necessita de maior aprofundamento. Um dos instrumentos que aborda a percepção das crianças é o *Speech Participation and Activity of Children* (SPAA-C)¹⁶. O SPAA-C é baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e contém questões a serem respondidas pela criança, irmãos, amigos, pais e professores. Escutar as crianças sobre como lidam com suas dificuldades é importante pois as alterações de fala e linguagem podem impactar diferentemente na vida de cada criança, podendo ser mínimas ou influenciar em vários aspectos do cotidiano¹⁶. E existem informações que somente o indivíduo com alteração de fala pode relatar, por ser ele quem lida com suas dificuldades diariamente.

Por a CIF-CJ conter aspectos tão relevantes para os fonoaudiólogos que atuam com alterações de fala e linguagem, é importante que seja estudada a sua utilização no processo terapêutico. As pesquisas têm abordado a percepção dos pais e profissionais sobre as alterações de fala, mas poucos são os estudos que investigaram a percepção das crianças e adolescentes sobre suas dificuldades. Portanto, o objetivo do presente estudo é caracterizar mudanças nos aspectos de linguagem, participação e funcionalidade, na percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem, após pelo menos 6 meses de acompanhamento fonoaudiológico, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- versão crianças e jovens (CIF-CJ).

MÉTODO

Pesquisa com delineamento descritivo-analítico, longitudinal e de abordagem qualitativa-quantitativa. Participaram da pesquisa dois grupos de 30 crianças e adolescentes, com idade entre 4 e 16 anos. Foram excluídos da pesquisa participantes que apresentaram perda auditiva ou problemas neurológicos, que tiveram dificuldade para compreender as perguntas realizadas na entrevista e que não puderam responder oralmente às questões. A

coleta de dados sobre as mudanças dos aspectos de linguagem, participação e funcionalidade foi realizada em dois momentos, com intervalo de seis a oito meses.

O grupo de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem (CAF) foi formado por 30 participantes em acompanhamento em uma clínica-escola de fonoaudiologia. A principal hipótese diagnóstica no grupo CAF foi de gagueira (15 casos) e de alterações fonológicas (15 casos). Alguns participantes apresentaram as duas alterações de fala. As sessões fonoaudiológicas ocorreram semanalmente, com duração de uma hora. Como parte do atendimento dos participantes de gagueira, quinzenalmente ocorreu um grupo terapêutico com os familiares. Com o objetivo de os familiares trocarem vivências e conversarem com os profissionais da equipe. Outra prática recorrente nos atendimentos foi a participação dos familiares nos atendimentos com os participantes. As intervenções com os participantes e familiares não foi monitorada e controlada na presente pesquisa.

O grupo com desenvolvimento típico de fala e linguagem (DTF) foi composto por 30 participantes, selecionados por sorteio, de duas escolas públicas da cidade de Campinas, Brasil.

Para a realização da pesquisa as seguintes etapas foram realizadas: i) revisão da literatura sobre artigos que trataram dos temas CIF/ CIF-CJ e alterações de fala e linguagem; ii) leitura de todos os capítulos da CIF-CJ relacionados à fala e linguagem; iii) pré-seleção de domínios da CIF-CJ que poderiam ser utilizados com os participantes utilizando-se como base as etapas i e ii; iv) elaboração das questões norteadoras da entrevista a partir do SPAA-C ¹⁶ e de outros estudos e dos domínios da CIF-CJ pré-selecionados; v) realização entrevistas; vi) transcrição das entrevistas; vii) revisão dos domínios da CIF-CJ pré-selecionados; viii) releitura das entrevistas transcritas, análise destas em vídeo e áudio gravados, e análise de prontuários para a qualificação final dos domínios de cada participante.

Para a coleta de dados realizou-se entrevistas individuais com os participantes com questionário semiestruturado e análise de prontuário. Questões fechadas foram aplicadas para os responsáveis visando a coleta de dados sociodemográficos, apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos participantes dos Grupos com alterações de fala e linguagem (CAF) e com desenvolvimento típico de fala (DTF).

Variáveis		CAF N(%)	DTF N(%)
Sexo	Feminino	6 (20)	16 (53.3)
	Masculino	24 (80)	14 (46.7)
Faixa etária	Criança (≤ 9 anos)	20 (66.7)	25 (83.3)
	Adolescente (≥ 10 anos)	10 (33.3)	5 (16.7)
Renda per capita*	Sem informação	0 (0)	7 (23.3)
	≤ 1 SM	21 (70)	12 (40)
	>1 SM	9 (30)	11 (36.7)
Escolaridade Materna	≤ 9 anos de estudo	11 (36.7)	5 (16.7)
	10-12 anos de estudo	12 (40)	17 (56.7)
	> 12 anos de estudo	7 (23.3)	8 (26.7)
Profissão Materna	Sem renda (do lar)	4 (13.3)	2 (6.7)
	Com renda (trabalho com ou sem vínculo empregatício)	26 (86.7)	28 (93.3)
Tipo de união dos pais	Vivem juntos	26 (86.7)	20 (66.7)
	Separados	4 (13.3)	10 (33.3)
Histórico de problemas de linguagem na família	Com histórico	11 (36.7)	8 (26.7)
	Sem histórico	19 (63.3)	22 (73.3)

Legenda: N (número de casos); % (porcentagem); * 1 Salário mínimo (SM) no Brasil em 2015 é R\$ 788, equivalente a aproximadamente US\$263 considerando que US\$1 equivale a R\$ 3.

As questões semiestruturadas norteadoras da entrevista foram aplicadas pela pesquisadora fonoaudióloga que conduziu a entrevista (Apêndice 2). Algumas das perguntas da entrevista foram traduzidas para o português do SPAA-C¹⁶, por se tratar de referência na área e utilizar a CIF, como no presente estudo. Outras questões foram elaboradas por uma das pesquisadoras, como parte de pesquisa de doutorado e validadas externamente pelas demais autoras, de modo a responder aos objetivos do estudo.

As questões 10-17 foram respondidas com a escolha de figuras (*Emotions*) que representam os sentimentos dos participantes, e foram adaptadas do SPAA-C¹⁶. A escolha de sentimentos permitiu que alguns participantes que não conseguiram expressar em palavras suas impressões sobre as situações, pudessem o fazer pelas figuras.

As entrevistas foram videogravadas no grupo CAF e gravadas somente em áudio no grupo DTF, por exigência da escola.

Para a análise de dados, as entrevistas foram transcritas. A partir dos dados coletados foram selecionados os domínios da CIF-CJ que foram categorizados. Para a definição dos qualificadores dos domínios foram consideradas: respostas dos participantes; observações realizadas na análise dos vídeos das entrevistas; e informações dos prontuários, no grupo CAF. Para a qualificação dos domínios da CIF-CJ foram seguidas as instruções recomendadas pela OMS ¹ sobre as definições, inclusões e exclusões de cada domínio.

A qualificação dos domínios da CIF-CJ foi realizada de forma individualizada para cada participante, considerando todas as informações coletadas: transcrições, vídeos e áudios das entrevistas, e análise de entrevistas. Informações relativas à Funções do Corpo do grupo CAF foram categorizadas principalmente com dados obtidos a partir de relatórios e exames dos prontuários, e dados da entrevista. As relativas aos domínios de Atividades e Participação foram coletadas a partir da análise das transcrições, vídeo e áudio das entrevistas, que forneceram dados sobre a percepção dos participantes sobre suas próprias dificuldades. Para a classificação dos domínios de Fatores Ambientais foram utilizados dados das entrevistas e informações de relatórios fonoaudiológicos contidos nos prontuários, no caso do grupo CAF.

A CIF-CJ é formada por quatro componentes, representados por letras: Funções do Corpo (b), Estruturas do Corpo (s), Atividades e Participação (d), Fatores Ambientais (e). Os componentes são formados por domínios que permitem a caracterização do indivíduo e de sua condição de saúde. Os domínios podem ser caracterizados com qualificadores que indicam a magnitude da dificuldade. Os qualificadores variam de 0 (zero) correspondente a nenhum problema ou dificuldade, 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), até 4 que elenca um problema ou dificuldade total ou completa. Também existem o 8, grau de incapacidade que não esteja especificado, e o 9, para o domínio que não seja aplicável.

Os Fatores Ambientais (e) podem ser qualificados como facilitadores (utilizando-se um símbolo “+” a seguir ao código numérico) ou barreiras (utilizando-se um ponto a seguir ao código numérico). Assim sendo, um determinado fator ambiental pode ser considerado como sendo nenhuma barreira (. 0), barreira leve (.1), barreira moderada (.2), barreira grave (.3) até barreira total (. 4). Ou, por outro lado, (+ 0) nenhum facilitador, facilitador leve (+1), facilitador moderado (+2), facilitador grave (+3) ou facilitador total (+4)¹.

Os dados foram analisados com abordagem quantitativa e qualitativa. Na análise quantitativa foi utilizado o programa computacional para análise estatística SPSS for Windows (versão 16.0). Para a comparação das mudanças dos qualificadores da CIF-CJ de um mesmo grupo entre a primeira e segunda entrevista foi utilizado o teste Wilcoxon. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Na análise qualitativa, as entrevistas transcritas foram lidas, relidas e submetidas à análise de conteúdo temático¹⁸. Depoimentos que representam uma parte da análise qualitativa serão apresentados no decorrer do artigo. Os participantes serão identificados pela letra “P” e um número de identificação do mesmo, seguido do seu grupo (exemplo: “P12-CAF” significa que o depoimento corresponde a uma fala do participante 12 do grupo CAF).

RESULTADOS

Em Funções do Corpo, o grupo CAF apresentou mudanças estatisticamente significantes da primeira para a segunda entrevista nos domínios b320 (articulação) e b330 (fluência e ritmo) (Tabela 2). No domínio de Funções de articulação houve um aumento de 12 para 20 participantes com dificuldade 0 (nenhuma dificuldade), e no domínio Funções da fluência e ritmo houve um aumento de 14 para 18 participantes com nenhuma dificuldade. Dos 30 participantes do grupo CAF, 10 obtiveram alta do acompanhamento fonoaudiológico em período próximo à segunda entrevista. A maioria dos 20 participantes que continuaram em atendimento notou melhora em suas falas. Participantes relataram que a melhora também foi percebida por pessoas que convivem com eles, e que os momentos em que as pessoas não os compreendem diminuíram.

Tabela 2: Classificação CIF-CJ das Funções do Corpo nos Grupos com alterações de fala e linguagem (CAF) e com desenvolvimento típico de fala (DTF) nas Entrevistas 1 e 2.

Domínios/ Qualificadores*	Grupos		0	1	2	3	4	p-valor**
b117- Funções intelectuais	CAF	E1(n)	30					1,00
		E2(n)	30					
	DTF	E1(n)	30					1,00
		E2(n)	30					
b167-Funções mentais da linguagem	CAF	E1(n)	30					1,00
		E2(n)	30					
	DTF	E1(n)	30					1,00
		E2(n)	30					
b230- Funções auditivas	CAF	E1(n)	30					1,00
		E2(n)	30					
	DTF	E1(n)	30					1,00
		E2(n)	30					
b320- Funções de articulação	CAF	E1(n)	12	9	4	5		<0,01
		E2(n)	20	6	2	2		
	DTF	E1(n)	30					1,00
		E2(n)	30					
b330- Funções da fluência e do ritmo da fala	CAF	E1(n)	14	6	8	2		<0,01
		E2(n)	18	8	3	1		
	DTF	E1(n)	30					1,00
		E2(n)	30					

Legenda: * 0 (nenhuma dificuldade), 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), 4 (dificuldade completa). **Teste Wilcoxon ($p \leq 0.05$). E1 (entrevista 1), E2 (entrevista 2).

Os participantes com dificuldade moderada e grave nos domínios b320 e b330 continuaram relatando dificuldade de compreensão de sua fala por outras pessoas. Apesar dessa dificuldade, na entrevista 2 foi mais fácil compreender a fala deles e os participantes utilizaram menos gestos para se comunicarem.

Tabela 3: Classificação CIF-CJ das Implicações em Atividades e Participação no Grupo com alterações de fala e linguagem (CAF) nas Entrevistas 1 e 2.

Domínios/ Qualificadores*		0	1	2	3	4	p-valor**
d230- Realizar a rotina diária	E1 (n)	13	8	8	1		<0,01
	E2 (n)	21	3	5	1		
d240- Lidar com e estresse e outras exigências psicológicas	E1(n)	2	15	11	2		<0,01
	E2 (n)	14	8	6	2		
d3101- Compreender mensagens faladas simples	E1(n)	30					1,00
	E2 (n)	30					
d330- Falar	E1(n)		11	15	4		<0,01
	E2 (n)	12	12	3	3		
d350- Conversação	E1(n)	5	11	10	4		<0,01
	E2 (n)	20	5	3	2		
d710- Interações interpessoais básicas	E1(n)	4	15	8	3		<0,01
	E2 (n)	17	7	5	1		
d730- Relacionamento com estranhos	E1(n)	1	10	17	2		<0,01
	E2 (n)	8	13	9			
d750- Relacionamentos sociais informais (amigos, colegas)	E1(n)	3	16	8	3		<0,01
	E2 (n)	17	7	3	3		
d760- Relacionamentos familiares (pais, irmãos)	E1(n)	5	11	10	4		<0,01
	E2 (n)	17	5	7	1		
d880- Envolvimento em jogos ou brincadeiras	E1(n)	16	10	3	1		<0,05
	E2 (n)	23	5	1	1		

Legenda: * 0 (nenhuma dificuldade), 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), 4 (dificuldade completa). ** Teste Wilcoxon ($p \leq 0.05$). E1 (entrevista 1), E2 (entrevista 2).

Na Tabela 3, nove dos dez domínios de Atividades e Participação apresentaram uma diminuição estatisticamente significativa de grau de dificuldade no grupo CAF. Atividades como falar (d330), conversar (d350), interagir (d710), se relacionar com diversos parceiros (d730, d750, d760), e o envolvimento em jogos (d880) se tornaram menos difíceis para as crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem.

Os participantes do CAF apresentaram uma grande mudança positiva no domínio falar (d330), na questão em que marcaram seus sentimentos sobre suas falas. Nenhum participante marcou o sentimento triste em relação a esse domínio na entrevista 2,

diferentemente do que aconteceu na entrevista 1. Na entrevista 2, os participantes relataram estar mais felizes e gostarem mais da maneira como se expressam porque as falas estão melhores, ou porque as pessoas comentam menos negativamente sobre esse aspecto.

Participantes do grupo CAF também apresentaram menor dificuldade para conversar (d350). Na entrevista 2, disseram se sentir mais felizes conversando com os pais (d760), seguidos dos amigos (d750) e depois os irmãos (d760). A fala podia ainda estar alterada, mas relataram gostar de conversar mais vezes do que na entrevista 1. Na entrevista 2 relataram preferência por conversar com familiares, porém alguns participantes relataram preferir essa atividade com amigos, situação pouco citada na entrevista 1. Os participantes gostam de conversar com essas pessoas porque elas entendem suas falas, são divertidas e têm interesses em comum.

A maioria dos participantes do CAF não relatou mais dificuldade em realizar tarefas da rotina diária (d230) na entrevista 2. As dificuldades na rotina escolar (como apresentar trabalhos e tirar dúvidas em sala) foram relatadas com menor frequência na segunda entrevista. Entretanto, algumas dificuldades demonstram que ainda existem atividades da rotina diária que estão sendo prejudicadas nesse grupo: como pedir o lanche na cantina da escola; e enviar mensagem de e-mail para tirar dúvidas na disciplina de matemática.

Em relação a lidar com o estresse (d240), as dificuldades dos participantes do CAF ainda persistiram na entrevista 2, mas eles souberam lidar melhor com a situação. Eles desistiram menos vezes de falar quando as pessoas não os compreenderam e disseram às pessoas para não os interromperem enquanto estavam falando. Porém, para muitos, ainda não é fácil lidar com a situação, evitando contato com pessoas que colocam apelidos neles ou falam algo negativo sobre suas falas.

Os participantes disseram que não gostavam de conversar com colegas que os chamavam por apelidos, imitavam o jeito que falavam ou atrapalhavam quando eles tentavam falar. Alguns participantes reportaram as situações de imitações ou apelidos para os professores, situação que foi citada mais vezes na entrevista 2. Outros participantes simplesmente fugiram da situação e relataram se sentir tristes quando isso acontece. P23-CAF relatou:

“Eu ignoro primeiro, aí se repetir de novo, é uma atitude certa e errada ao mesmo tempo, tipo eu não retruco igual eles falam, mas às vezes eu falo deles um pouco. Tipo ‘gaguinho’, não é para ser feio,

não é para magoar, mas para eles sentirem a faca que eles enfiam em mim enfiada neles”.

Os participantes do grupo DTF apresentaram mudanças apenas em três domínios nos componentes Atividades e Participação e Fatores Ambientais (Tabelas 4 e 5). Caracterizaram o relacionamento com familiares (d760) e as atitudes dos familiares (e410) e amigos (e420) como mais “felizes” na entrevista 2, nas questões com os *Emotions*. Disseram que se sentiam assim porque essas pessoas os apoiavam, estavam presentes em todos os momentos que precisavam, e tinham atitudes que ajudavam a enfrentar seus problemas.

Tabela 4: Classificação CIF-CJ das Implicações em Atividades e Participação no Grupo com desenvolvimento típico de fala e linguagem (DTF) nas Entrevistas 1 e 2.

Domínios/ Qualificadores*		0	1	2	3	4	8	9	p-valor**
d230- Realizar a rotina diária	E1 (n)	30							1,00
	E2 (n)	30							
d240- Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas	E1(n)	30							1,00
	E2 (n)	30							
d3101- Compreender mensagens faladas simples	E1(n)	30							1,00
	E2 (n)	30							
d330- Falar	E1(n)	30							1,00
	E2 (n)	30							
d350- Conversação	E1(n)	30							1,00
	E2 (n)	30							
d710- Interações interpessoais básicas	E1(n)	24	6						0,25
	E2 (n)	27	3						
d730- Relacionamento com estranhos	E1(n)	4	13	13					0,46
	E2 (n)	5	14	11					
d750- Relacionamentos sociais informais (amigos, colegas)	E1(n)	27	3						0,56
	E2 (n)	28	2						
d760- Relacionamentos familiares (pais, irmãos)	E1(n)	24	6						0,01
	E2 (n)	29	1						
d880- Envolvimento em jogos ou brincadeiras	E1(n)	27	3						0,15
	E2 (n)	29	1						

Legenda: * 0 (nenhuma dificuldade), 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), 4 (dificuldade completa), 8 (não especificada), 9 (não aplicável). ** Teste Wilcoxon ($p \leq 0.05$). E1 (entrevista 1), E2 (entrevista 2).

Tabela 5: Classificação CIF-CJ dos Fatores Ambientais nos Grupos com alterações de fala e linguagem (CAF) e com desenvolvimento típico de fala (DTF) nas Entrevistas 1 e 2.

Domínios/ Qualificadores*	Grupos	.4	.3	.2	.1	0	+1	+2	+3	+4	p-valor**
e410-Atitudes individuais dos membros da família próxima (pais, irmãos)	CAF	E1 (n)	4	13	7	2	3	1			<0,01
		E2 (n)	2	2	6	6	8	3	3		
	DTF	E1 (n)				3	2	8	10	7	0,01
		E2 (n)				1	1	5	12	11	
e420- Atitudes individuais dos amigos	CAF	E1 (n)	1	6	10	9	3	1			<0,01
		E2 (n)		1	7	7	5	6	4		
	DTF	E1 (n)			2		1	7	13	7	<0,01
		E2 (n)				2		2	7	19	
e425- Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade	CAF	E1 (n)	4	4	16	6					<0,01
		E2 (n)	1	5	3	19	1	1			
	DTF	E1 (n)		1		29					0,10
		E2 (n)				28	2				

Legenda:* .4 (barreira completa), .3(barreira grave), .2 (barreira moderada), .1(barreira leve), 0 (nenhum facilitador), +1 (facilitador leve), +2 (facilitador moderado), +3 (facilitador grave), +4 (facilitador completo). **Teste Wilcoxon ($p \leq 0.05$). E1 (entrevista 1), E2 (entrevista 2).

Em Fatores Ambientais, os participantes dos grupos CAF e DTF apresentaram mudanças estatisticamente significante entre a primeira e segunda entrevista nos domínios relativos às atitudes individuais de membros da família próxima (e410) e de amigos (e420) (Tabela 5). As atitudes se tornaram mais facilitadoras.

Os participantes do grupo CAF relataram na segunda entrevista que os familiares próximos continuaram com algumas atitudes barreiras, como: interromperem ou corrigirem suas falas; e darem instruções do que fazer para falarem melhor. Porém, as atitudes relatadas aconteceram com menor frequência e com menos participantes. A maioria dessas mudanças foi relatada pelos participantes com diagnóstico de gagueira.

Também foram relatadas mais atitudes facilitadoras dos familiares (e410), como esperar o participante falar ou não completar a fala deles. Uma das atitudes facilitadoras foi relatada pela mãe do P16-CAF, que fez cópias de um folheto que recebeu no serviço de Fonoaudiologia sobre o conceito de gagueira e como agir diante dela, e entregou aos professores que dão aula ao seu filho. Depois dessa atitude, percebeu melhora na relação entre

aluno-professor. Seu filho confirmou na entrevista que a relação com seus professores e colegas melhorou.

Os participantes do grupo CAF citaram mais atitudes facilitadoras por parte dos amigos (e420) na entrevista 2. Como exemplo, amigos comentaram que a fala deles melhorou, e elogiaram seu desempenho em algumas atividades. As atitudes dos colegas da escola (e425) continuaram sendo uma barreira ou um fator neutro para a participação, mas foram descritas como menos barreiras do que na primeira entrevista.

Quando perguntados como se sentiam quando falavam com seus fonoaudiólogos, a maioria dos participantes com alterações de fala disseram se sentir feliz nas entrevistas 1 e 2. Alguns dos motivos pelos quais se sentiram dessa maneira foram: não sentiram que estavam sendo julgados por falarem certo ou errado; se sentiram mais tranquilos e gaguejaram menos falando com os profissionais; e porque os fonoaudiólogos estavam lá para ajudá-los a melhorar.

DISCUSSÃO

Ao analisar os qualificadores da CIF-CJ das entrevistas 1 e 2 do grupo CAF, pode-se observar que após o acompanhamento fonoaudiológico houve uma mudança positiva nos domínios dos componentes de Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Os participantes do grupo CAF relataram perceber melhora em suas alterações de fala e linguagem, e em atividades como conversar e se relacionar com diferentes parceiros comunicativos. As atitudes de familiares, amigos e conhecidos, que foram consideradas com maior nível de barreira na entrevista 1, passaram a ser mais facilitadoras na entrevista 2. Dessa maneira, o presente estudo indica que escutar as crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem sobre como essas impactam em suas vidas pode trazer informações relevantes para a atuação fonoaudiológica. A CIF-CJ permitiu a caracterização dessas dificuldades na entrevista inicial e a caracterização de como o grau de dificuldade diminuiu com o acompanhamento fonoaudiológico.

Em Funções do Corpo, os participantes relataram melhora em suas Funções de articulação (d320) e fluência (d330), e contaram que os familiares e amigos também disseram que suas falas estavam mais fáceis de compreender. Resultados condizentes com os do presente estudo foram relatados por Thomas-Stonell¹¹, em que pais e clínicos notaram mudanças positivas em Funções do Corpo após o acompanhamento fonoaudiológico, confirmando os efeitos positivos da terapia fonoaudiológica. Na presente pesquisa, os

domínios relacionados às funções intelectuais (b117), auditivas (b230) e mentais de linguagem (b167) não foram classificadas com dificuldade na entrevista 1 e não apresentaram mudanças na entrevista 2. Apesar de não apresentarem mudanças, são domínios importantes para a caracterização dos casos e definição da conduta terapêutica.

Os domínios de Funções do Corpo são geralmente contemplados pelos fonoaudiólogos em todo processo clínico, na avaliação, planejamento terapêutico e relatórios de acompanhamento¹⁰⁻¹¹. Porém, se restringir somente a esses domínios pode fazer com que aspectos importantes relacionados ao impacto social das alterações de fala e linguagem não sejam considerados como foco do acompanhamento¹⁹. Assim, profissionais que usam somente itens de Funções do Corpo no acompanhamento ainda estariam restritos à uma visão biomédica, e não estariam atuando na perspectiva biopsicossocial descrita pela CIF-CJ.

No componente Atividades e Participação, atividades como falar (d330), conversar (d350), brincar (d880), realizar a rotina diária (d230) e se relacionar com outras pessoas (d710, d730, d750, d760) se tornou mais fácil para o grupo CAF. Lidar com o estresse (d240) foi outro domínio em que os participantes relataram menor dificuldade. Entretanto, para os participantes com dificuldade moderada e grave nas Funções de articulação e fluência este foi ainda um problema a ser considerado. Lidar com estresse, em especial, foi um item muito importante de ser caracterizado pelos próprios participantes, pois eles são as principais pessoas que podem dizer como lidam com o impacto que as alterações de fala e linguagem causam em suas vidas.

Alguns dos domínios em que os participantes mostraram dificuldade na entrevista 1 e que tiveram mudanças positivas na entrevista 2 foram semelhantes aos relatados em outras pesquisas: falar e conversar^{4,12,20} interações interpessoais e relacionamentos^{4,12,20}; e lidar com o estresse⁴. Entretanto, em uma dessas pesquisas²⁰ foram relatados sete itens que apresentaram piora após 7-10 horas de tratamento fonoaudiológico. Dentre as pioras, contava-se que as crianças estavam mais relutantes em falar e frustradas quando se comunicavam. Esse resultado é diferente do que foi encontrado na presente pesquisa, porém uma possível explicação seja a diferença de tempo de acompanhamento fonoaudiológico. Talvez o maior tempo de acompanhamento da presente pesquisa seja um dos motivos pelos quais não tenham ocorrido pioras.

A preferência do grupo DTF por interagir com amigos, e do grupo CAF por se relacionar com familiares pode ser explicada pelas diferenças na forma como ambos os grupos interagem⁹. A interação de pré-escolares com alterações de linguagem e sem

alterações de linguagem foi estudada em sala de aula e foram encontradas diferenças nos relacionamentos e conversação entre os grupos. Enquanto as crianças sem alterações de linguagem conversavam mais entre si, as crianças com alterações de linguagem conversaram mais com adultos⁹. Sugere-se assim que intervenções com crianças sejam realizadas nas escolas, promovendo uma melhor interação entre eles.

Estudos em que pais foram ouvidos sobre as mudanças observadas com a terapia relataram que os familiares perceberam mudanças não somente nas Funções do Corpo, mas também em Atividades e Participação^{11,20}. Entretanto são poucos os estudos que descrevem como os pais são envolvidos no processo terapêutico dos filhos, seja com orientações individuais ou em grupos. Assumindo que os familiares são figuras importantes para as crianças e adolescentes, e que as atitudes que apresentam diante da gagueira ou das trocas têm repercussões sociais e no cotidiano, seria importante incluí-los mais ativamente no processo terapêutico²¹.

Fatores Ambientais foi outro componente em que foram observadas mudanças entre as entrevistas 1 e 2. Os participantes CAF relataram atitudes menos barreiras dos familiares próximos (e410), amigos (e420) e conhecidos (e425). Um dos fatores que pode ter influenciado nas atitudes dos familiares próximos foi o grupo de pais realizado quinzenalmente, nos casos de gagueira. Um estudo²² que verificou a contribuição da orientação familiar na fluência de crianças com gagueira, demonstrou que houve uma diminuição de descontinuidade de fala e rupturas gagas das crianças. Entretanto, informações sobre mudanças de atitudes dos pais não foram descritas.

Dentre as pesquisas que estudaram as mudanças decorridas do acompanhamento fonoaudiológico, a maioria abordou os componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação^{11,20}, e poucas exploraram os Fatores Ambientais. Os resultados da presente pesquisa mostraram que na entrevista 1 as atitudes barreiras influenciaram na escolha das pessoas com quem os participantes gostavam de conversar, na rotina diária e no lidar com o estresse. Dessa maneira, sugere-se que os Fatores Ambientais sejam analisados sob o ponto de vista das crianças e adolescentes e, se possível, com a observação das interações em um ambiente natural.

Conhecer a percepção das crianças e adolescentes sobre suas alterações de fala e linguagem e o impacto que essas causam nas atividades do cotidiano revelou aspectos que devem ser utilizados na caracterização inicial do participante e na avaliação de resultados do acompanhamento terapêutico. Alguns aspectos (principais parceiros comunicativos,

dificuldades da rotina diária, maneira que lidam com o estresse, e as atitudes das pessoas ao seu redor) puderam ser melhor compreendidos pelo fato dos participantes terem sido escutados, e da entrevista permitir um aprofundamento qualitativo dessas questões.

Apesar da importância de escutar essas crianças e adolescentes, a maioria das pesquisas tem estudado a avaliação de resultados do acompanhamento fonoaudiológico sob a perspectiva dos terapeutas e dos pais^{11-12,20} e através de instrumentos com questões fechadas^{11,14,20}. Tendo em vista que conhecer a percepção das pessoas afetadas pode acrescentar informações importantes para a atuação fonoaudiológica, recomenda-se a utilização desse recurso na prática acadêmica e clínica, e se possível com questões que permitam que as pessoas falem qualitativamente sobre suas percepções.

Algumas limitações da pesquisa foram o número de participantes e a coleta de dados em uma única clínica-escola. Outra limitação está relacionada à complexidade da CIF-CJ e a pouca padronização sobre o que é considerado um qualificador de dificuldade leve, moderada, grave ou completa em cada domínio. Devido à limitação da explicação sobre a severidade da dificuldade, torna-se difícil aplicar uma regra a ser seguida. Apesar das limitações citadas, os resultados encontrados são úteis e possíveis de aplicação no cenário acadêmico e clínico, e necessários para ampliação do olhar sob essas crianças e o adolescente.

Destaca-se como um dos pontos fortes desse artigo, a originalidade ao utilizar a CIF-CJ na área de linguagem da Fonoaudiologia no Brasil. A CIF-CJ é ainda pouco conhecida e difundida na área, mas com grande potencial pela sua abordagem biopsicossocial, que permite ampliar o olhar além do problema. O conhecimento da percepção das próprias crianças e adolescentes acerca das mudanças após acompanhamento fonoaudiológico também é relevante, pois ainda são poucas as pesquisas que investigam os desdobramentos do acompanhamento fonoaudiológico pela ótica do indivíduo com alterações de fala e linguagem.

CONCLUSÕES

A CIF-CJ apresenta uma visão biopsicossocial que interessa ao fonoaudiólogo no acompanhamento de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem. A utilização de todos os componentes da CIF-CJ permite ao profissional ampliar o olhar e contemplar domínios que vão além dos aspectos observáveis da fala, e aborda as mudanças positivas que o acompanhamento fonoaudiológico pode acarretar nos: relacionamentos sociais; atividades

do cotidiano; modo de lidar com o estresse gerado pelas situações em que pessoas agem com atitudes barreiras que atrapalham a comunicação; entre outros.

Analisar a percepção das crianças e adolescentes com as alterações de fala e linguagem sobre como enxergam suas falas e suas dificuldades, fornece dados úteis para o acompanhamento fonoaudiológico. Conhecer essa percepção oferece informações que familiares e outros profissionais nem sempre conseguem avaliar ou perceber na avaliação clínica tradicional. Dessa maneira, a CIF-CJ permite abordar outros aspectos relevantes além dos biológicos, possibilitando a análise das questões trazidas pelas crianças e adolescentes quanto ao impacto das alterações de fala e linguagem.

O acompanhamento fonoaudiológico que aborda aspectos biopsicossociais é um dos fatores que reduz o grau de gravidade das Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais, na percepção das crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem. E a CIF-CJ mostra-se eficiente em todo processo do acompanhamento fonoaudiológico. Podendo assim ser utilizada como um dos parâmetros para auxiliar o profissional na tomada de decisões sobre a continuidade ou alta do acompanhamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. ICF-CY: International classification of functioning, disability and health—Children and youth version. Geneva: WHO, 2007.
2. McLeod S, Threats TT. The ICF-CY and children with communication disabilities. *Int J Speech Lang Pathol*. 2008; 10 (1-2):92-109.
3. Dempsey L, Skarakis-Doyle E. Developmental language impairment through the lens of the ICF: an integrative account of children's functioning. *J Commun Disord*. 2010; (43): 424–37.
4. McCormack J, McLeod S, Harrison LJ, McAllister L. The impact of speech impairment in early childhood: Investigating parents' and speech-language pathologists' perspectives using the ICF-CY. *J Commun Disord*. 2010; 43(5), 378-96.

5. Yaruss JS. Application of the ICF in fluency disorders. *Semin Speech Lang.* 2007; 28(4):312–22.
6. Simeonsson RJ. Classification of communication disabilities in children: Contribution of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Int J Audiol.* 2003; (42): S2 – S8.
7. Threats TT. Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. *J Commun Disord.* 2006; (39):251-65.
8. CCOMS. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a família das Classificações Internacionais (org). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2015.
9. Rice ML, Sell MA, Hadley PA. Social Interactions of Speech and Language Impaired Children. *J Speech Hear Res.* 1991; (34): 1299-307.
10. McLeod S. The international guide to speech acquisition. 1 ed. Nova York: Thomson Delmar Learning, 2007. 658 p.
11. Thomas-Stonell N, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *J Commun Disord.* 2009; 42: 29-42.
12. McLeod S. An holistic view of a child with unintelligible speech: insights from the ICF and ICF-CY. *Adv Speech Lang Pathol.* 2006; 8(3):293-315.
13. Threats TT. Use of the ICF for clinical practice in speech-language pathology. *Int J Speech Lang Pathol.* 2008; 10(1 – 2): 50 – 60.
14. Thomas-Stonell N, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Development of the FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six), a communication outcome measure for preschool children. *Dev Med Child Neurol.* 2009; (52):47-53.

15. Björck-Åkesson E, Wilder J, Granlund M, Pless M, Simeonsson R, Adolfsson M. The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention - Feasibility and usefulness as a common language and frame for practice. *Disabil Rehabil.* 2010; 32(S1): S125-S138.
16. McLeod S. Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Adv Speech Lang Pathol.* 2004; 6(1):75-81.
17. McLeod S, Bleile K. The ICF: a framework for setting goals for children with speech impairment. *Child Lang Teach Ther.* 2004; 20 (3): 199-219.
18. Turato ER. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.* Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
19. Harty M, Griesel M, Merwe AVD. The ICF as a common language for rehabilitation goal-setting: comparing client and professional priorities. *Health Qual Life Outcomes.* 2011; (9):87.
20. Thomas-Stonell N, Washington K, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Measuring communicative participation using the FOCUS: Focus on the Outcomes of Communication Under Six. *Child care Health Dev.* 2013; 39 (4): 474-80.
21. Ostroschi DT, Chun RYS, Zanolli ML. Percepção de familiares de crianças e adolescentes com alteração de linguagem utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-CJ). *CoDAS.* A ser publicado 2017.
22. Oliveira CMC, Yasunaga CN, Sebastiao LT, Nascimento EN. Orientação familiar e seus efeitos na gagueira infantil. *Rev soc bras Fonoaudiol.* 2010; 15 (1): 115-24.

5. DISCUSSAO GERAL

A utilização da CIF-CJ e de seus componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais possibilitou a caracterização das alterações de fala e linguagem e de suas repercussões sociais. O uso da CIF-CJ mostrou-se relevante para a caracterização e avaliação das mudanças ocorridas com o acompanhamento fonoaudiológico. E analisar todos esses aspectos sob a percepção das crianças e adolescentes revelou informações importante para o processo terapêutico que nem sempre poderiam ser descritas por seus pais ou observadas nos atendimentos fonoaudiológicos.

O uso de componentes da CIF-CJ que englobam domínios biológicos e ambientais é essencial para que as repercussões sociais das alterações de fala e linguagem sejam consideradas no acompanhamento fonoaudiológico.

Na fonoaudiologia, há uma tendência de os profissionais valorizarem os componentes relacionados ao corpo em suas avaliações²⁶. Entretanto os resultados da presente pesquisa e de outros estudos^{1-2,5,27,36} reafirmam a importância da utilização dos componentes de Atividades e Participação e Fatores Ambientais. O uso desses componentes é relevante por abranger fatores sociais e ambientais, que possibilitam investigar o impacto das alterações de fala no cotidiano. O profissional, ao ter conhecimento sobre essas possíveis repercussões, pode planejar ações para favorecer a qualidade de vida e a melhora das condições ambientais e sociais, utilizando estratégias de promoção de saúde.

Os componentes da CIF-CJ podem ser utilizados em todo o processo de acompanhamento fonoaudiológico, como na caracterização inicial e avaliação dos resultados da terapia. Na presente pesquisa, com o uso da CIF-CJ, as crianças e adolescentes puderam caracterizar seus problemas. Ao comparar os grupos CAF e DTF, observou-se que os participantes do grupo CAF apresentaram maior grau de dificuldade em Funções do Corpo (para articular e nas funções de fluência e ritmo), Atividades e Participação (falar, conversar, brincar, se relacionar, lidar com o estresse, realizar atividades do cotidiano), e Fatores Ambientais (atitudes de membros da família próxima, amigos e conhecidos). Essas questões foram relatadas em diversos ambientes que frequentam, como casa e escola.

Pesquisas da área têm confirmado que o impacto das alterações de linguagem abrange aspectos além das dificuldades fonológicas, como problemas para articular os sons e falta de fluência^{1-2,5}. Para amenizar esses impactos e incluir ativamente esses indivíduos na sociedade, uma das estratégias que pode ser utilizada é conhecer suas dificuldades e planejar ações que as integrem em todos os ambientes. Entretanto, são poucos os estudos que

caracterizaram as repercussões sociais na percepção das crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem⁵. Os resultados encontrados no presente estudo revelaram-se significativos para o acompanhamento fonoaudiológico e dificilmente seriam observados em uma avaliação tradicional no modelo biomédico. Assim, ressalta-se a importância de se estudar as dificuldades do cotidiano na percepção dessas crianças e adolescentes.

Na avaliação de resultados após início de acompanhamento fonoaudiológico, a CIF-CJ foi uma ferramenta que permitiu a observação de mudanças positivas nas dimensões biológicas e ambientais das crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem. Em Funções do Corpo, os participantes relataram mudanças positivas em Funções de articulação (d320) e fluência (d330). No componente Atividades e Participação, falar (d330), conversar (d350), brincar (d880), realizar a rotina diária (d230), se relacionar com outras pessoas (d710, d730, d750, d760) e lidar com estresse (d240) se tornaram menos difíceis para o grupo CAF. Em Fatores Ambientais, os participantes relataram atitudes menos barreiras dos familiares próximos (e410), amigos (e420) e conhecidos (e425).

No grupo DTF, poucas mudanças foram observadas entre a primeira e a segunda entrevista. Os participantes desse grupo apresentaram poucos domínios com dificuldade na entrevista 1, e na entrevista 2 poucos relataram mudanças nos mesmos. Apesar de apresentarem pouca dificuldade e mudança nos domínios selecionados, a CIF-CJ permitiu a caracterização da linguagem, participação e funcionalidade de crianças e adolescentes com desenvolvimento típico de fala e linguagem. Assim, indica-se o uso da CIF-CJ em crianças e adolescentes com ou sem queixas de linguagem, pois essa ferramenta mostra-se útil para o estudo de aspectos relacionados ao desenvolvimento e da caracterização de comportamentos e atitudes típicas ou não para a faixa etária.

Achados condizentes no grupo CAF do presente estudo, sobre as mudanças ocorridas após acompanhamento fonoaudiológico, foram relatados principalmente nos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação^{2,27,36}. Entretanto ainda se observa uma predominância de caracterização dos domínios de Funções do Corpo, componente geralmente contemplado pelos fonoaudiólogos na avaliação, planejamento terapêutico e relatórios de acompanhamento²⁶⁻²⁷. Não se pode ignorar esse componente, porém o profissional não pode se limitar a utilizar somente o mesmo. Restringir-se apenas aos domínios de Funções de Corpo pode fazer com que itens importantes relacionados ao impacto social das alterações de fala não sejam considerados como foco do acompanhamento³⁵.

As mudanças ocorridas com o acompanhamento fonoaudiológico têm sido descritas principalmente na perspectiva dos terapeutas e pais^{27,36,45}. Nas pesquisas em que a visão dos pais foi estudada, pouco foi relatado sobre se houve mudança na forma que agiam quando os filhos gaguejavam ou falavam algo errado. Dentre as pesquisas que estudaram as mudanças decorrentes do acompanhamento fonoaudiológico, a maioria abordou componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação^{27,36}, e poucas exploraram os Fatores Ambientais. Os resultados da presente pesquisa demonstram que as atitudes barreiras influenciam na escolha das pessoas com quem os participantes gostam de conversar, na rotina diária e no lidar com o estresse. Dessa maneira, sugere-se que os Fatores Ambientais sejam analisados sob o ponto de vista das crianças e adolescentes, na prática clínica e acadêmica.

Descrever os aspectos de linguagem, participação e funcionalidade na percepção de crianças e adolescentes proporcionou o conhecimento de questões relevantes para caracterização dos participantes e na avaliação de resultados do acompanhamento terapêutico. Domínios de Atividades e Participação e Fatores Ambientais puderam ser analisados quantitativamente e qualitativamente, pois os participantes relataram dificuldades de seu cotidiano e forneceram exemplos do impacto social de suas alterações de fala e linguagem. Alguns dos domínios em que os relatos dos participantes fizeram a diferença para a caracterização foram: principais parceiros comunicativos (d760, d750, d710, d340), dificuldades para realizar rotina diária (d230), como lidam com as situações de estresse (d240), e atitudes das pessoas ao seu redor em relação às alterações de linguagem (e410, e420, e425).

Apesar das informações relevantes proporcionadas pela entrevista com as crianças e adolescentes, a maioria das pesquisas tem estudado as alterações de fala e linguagem sob a perspectiva dos terapeutas e dos pais^{5,27,36} e com instrumentos de questões fechadas^{27,33,36}.

Na presente pesquisa, o uso de *emotions* seguidos pela pergunta “por quê?” permitiu que os participantes com dificuldade de relatarem suas experiências na parte inicial da entrevista pudessem expressar como se sentiam ao falar e conversar com as pessoas. A pergunta “por quê?” após a seleção do *emotion* forneceu informações para a análise qualitativa dos domínios da CIF-CJ, e para a identificação de atitudes barreiras ou facilitadoras para a participação em atividades.

Assim, o uso de questões fechadas pode auxiliar o profissional a conhecer a percepção de crianças e adolescentes sobre suas dificuldades. Mas é importante que sejam utilizadas também questões semiestruturadas e que sejam investigados os fatores ambientais

que influenciam na participação e funcionalidade. Tendo em vista que conhecer a percepção das pessoas afetadas pode acrescentar informações importantes para a atuação fonoaudiológica, recomenda-se a utilização desse recurso, e se possível com questões que permitam que as pessoas falem qualitativamente sobre suas percepções.

As análises quantitativa e qualitativa nos domínios da CIF-CJ são interessantes por permitirem a caracterização do grau da dificuldade (qualificador) e a descrição qualitativa de como se dá a dificuldade.

A análise qualitativa é importante por fornecer mais detalhes e informações de como se dá a dificuldade do indivíduo em determinado domínio. Facilitando assim que outros profissionais que leiam um encaminhamento que contenha domínios da CIF-CJ possam obter mais dados sobre a criança ou adolescente, e tome decisões com maior conhecimento do caso.

A análise quantitativa, com o uso dos qualificadores, é válida por proporcionar uma linguagem padronizada na caracterização da dificuldade que o indivíduo apresenta nos aspectos abordados em cada domínio, facilitando assim a comunicação entre os profissionais. O profissional ao utilizar os qualificadores, também facilita a comparação de dados entre serviços, países e tempo, e proporciona um esquema de codificação para os sistemas de informação de saúde, como ressaltado na CIF-CJ^{9,42}.

Entretanto, por a CIF-CJ somente estabelecer critérios de porcentagens sobre como definir um qualificador, que nem sempre são possíveis de serem aplicados em todos os componentes, o profissional pode sentir necessidade de explicar qualitativamente a dificuldade que o indivíduo apresenta. A descrição qualitativa pode ser interessante nesse caso quando outro profissional para qual um relatório é enviado, ou que lê o prontuário, necessita entender os motivos pelos quais a criança ou adolescente apresenta, por exemplo, uma dificuldade de grau moderado para realizar as tarefas do cotidiano. Devido a esses motivos, recomenda-se a utilização dos qualificadores e da descrição qualitativa na aplicação e análise da CIF-CJ.

Sobre o uso dos qualificadores descritos na CIF-CJ, esses ainda têm sido pouco utilizados nas pesquisas da área de linguagem. Um dos possíveis motivos de seu pouco uso é a explicação que a CIF-CJ fornece sobre os graus de dificuldade. Nas instruções, há uma definição de percentis para cada qualificador, em que 0-4% é considerado que não há problema, 5-24% é um problema leve, 25-49% um problema moderado, 50-95% é um problema grave, e 96-100% é um problema completo^{9,42}. Entretanto, alguns componentes, como Atividades e Participação e Fatores Ambientais, nem sempre são simples de terem o

grau de severidade caracterizado em percentis. Esses componentes sofrem influências culturais, econômicas, sociais, e dessa forma torna-se complicado estabelecer critérios universais do que seria um problema ou um costume dessa população. Alguns exemplos que podem ser citados são: lidar com o estresse; relacionamento com familiares, conhecido e amigos; atitudes individuais de membro da família próxima ou amigos. Devido à falta de parâmetros (além das porcentagens) sobre como estabelecer a gravidade dos qualificadores nos domínios referentes à Atividades e Participação e Fatores Ambientais, torna-se mais complexa a utilização da CIF-CJ nos serviços que acolhem demandas de alterações de fala e linguagem.

Entretanto, apesar de CIF-CJ ser complexa⁴⁶, extensa e pela dificuldade de estabelecer critério para o grau de severidade do qualificador em determinados domínios e componentes, seu uso proporciona uma visão ampliada do indivíduo e de sua condição de saúde. E na Fonoaudiologia, especialmente na área de linguagem, a CIF-CJ proporciona que o profissional analise os aspectos de articulação e fluência da fala, e também fatores ambientais que influenciam a participação e atividades das crianças e adolescentes. Dessa forma, pode-se avaliar e considerar no acompanhamento fonoaudiológico os aspectos observáveis da fala e o ambiente social em que a linguagem se dá e é produzida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CIF-CJ possibilita assim a descrição das dificuldades de linguagem e do impacto social nas crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem. Seu uso permite a caracterização das dificuldades biológicas e ambientais em um momento inicial de avaliação, e também das mudanças ocorridas com o acompanhamento fonoaudiológico.

A CIF-CJ mostra-se interessante para o acompanhamento de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem por: incluir componentes importantes para a caracterização desses indivíduos, abordando domínios das funções da fala e linguagem, e também aspectos ambientais e sociais em que se dá a linguagem; permitir a análise quantitativa da dificuldade com o uso dos qualificadores e a análise qualitativa de como se dá essa dificuldade; utilizar uma linguagem padronizada que pode ser aplicada ao longo do acompanhamento terapêutico e pode facilitar a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos; permitir diferentes métodos de avaliação, pois, por ser também uma ferramenta de classificação é um guia para aspectos que devem ser observados na prática clínica, mas não padroniza a forma de avaliação desses aspectos; e, possibilitar a análise de aspectos de linguagem, funcionalidade e participação sob diversas percepções, incluindo a visão dos pais, da criança ou adolescente e dos profissionais de saúde.

Assim, recomenda-se aos profissionais a utilização da CIF-CJ em suas práticas clínicas. Entretanto, sempre considerando os domínios referentes ao biológico e os relativos à Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Pois somente ao utilizá-la em seu todo, o impacto social e ambiental que as alterações de fala e linguagem podem causar serão caracterizados, considerados como objetivo terapêutico e trabalhados no acompanhamento fonoaudiológico.

Estudar os aspectos de linguagem, funcionalidade e participação sob a perspectiva das crianças e adolescentes com alterações de fala pode revelar informações que somente quem sofre o impacto dessas alterações pode relatar. E a CIF-CJ propiciou isso com a utilização dos domínios que podem guiar o profissional sobre quais questões investigar nas crianças e adolescentes. Assim, poderá obter dados sobre como a dificuldade de fala e linguagem está impactando no cotidiano, e trabalhar essas questões no acompanhamento fonoaudiológico.

Ao considerar as implicações biológicas e ambientais das alterações de linguagem e fala, o profissional utilizará uma visão biopsicossocial e promoverá a participação ativa do indivíduo em todos os ambientes.

7. REFERÊNCIAS

1. Markham C, Dean T. Parents' and professionals' perceptions of Quality of Life in children with speech and language difficulty. *Int J Lang Commun Disord.* 2006; (41): 189– 212.
2. McCormack J, McLeod S, Harrison LJ, McAllister L. The impact of speech impairment in early childhood: Investigating parents' and speech-language pathologists' perspectives using the ICF-CY. *J Commun Disord.* 2010; 43(5), 378-96.
3. McLeod S, McAllister L, McCormack J, Harrison LJ. Applying the World Report on Disability to children's communication. *Disabil Rehabil.* 2014; 36(18):1518-28.
4. McAllister J, Collier J, Shepstone L. The impact of adolescent stuttering and other speech problems on psychological well-being in adulthood: evidence from a birth cohort study. *Int J Lang Commun Disord.* 2013; 48(4):458-68.
5. McLeod S. An holistic view of a child with unintelligible speech: insights from the ICF and ICF-CY. *Adv Speech Lang Pathol.* 2006; 8(3):293-315.
6. Howe TJ. The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *Int J Speech Lang Pathol.* 2008; 10 (1 – 2): 27 – 37.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, secretária de atenção á saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Pactos pela Saúde: 2006. Brasília: DF; 2010.
8. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saúde Colet.* 2000; 5(1):163-77.
9. World Health Organization. ICF-CY: International classification of functioning, disability and health—Children and youth version. Geneva: WHO, 2007.

10. Simeonsson RJ. Classification of communication disabilities in children: Contribution of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Int J Audiol*. 2003; (42): S2 – S8.
11. Threats TT, Worrall L. Classifying communication disability using the ICF. *Adv Speech Lang Pathol*. 2004; (6): 53 – 62.
12. Threats TT. Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. *J Commun Disord*. 2006; (39):251-65.
13. Hollenweger J, Moretti M. Using the International of Functioning, Disability and Health Children and Youth Version in Education Systems. *Am J Phys Med Rehab*. 2012;91 (Suppl 2):S97–S102.
14. Ustun TB, Chaterji S, Bickenbach J, Kastanjsek N, Schnieder M. The international classification of functioning, disability and health: A new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil*. 2003; 25(11-12): 565 -71.
15. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3):475-83.
16. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(2): 324-35.
17. Ferreira LTD, Castro SS, Buchalla CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. *Cien Saúde Colet*. 2014; 19 (2): 469-74.
18. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2): 187-93.

19. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
20. Maxwell G, Koutsogeorgou E. Using Social Capital to Construct a Conceptual International Classification of Functioning, Disability, and Health Children and Youth Version - Based Framework for Stronger Inclusive Education Policies in Europe. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012; 91(Suppl 2): S118-S123.
21. Mangia EF, Muramoto MT, Lancman S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2008;19 (2): 121-30.
22. McLeod S, Threats TT. The ICF-CY and children with communication disabilities. *Int J Speech Lang Pathol.* 2008; 10 (1-2):92-109.
23. Dempsey L, Skarakis-Doyle E. Developmental language impairment through the lens of the ICF: an integrative account of children's functioning. *J Commun Disord.* 2010; (43): 424–37.
24. Yaruss, JS, Quesal RW. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *J Fluency Disord.* 2006; (31): 90–115.
25. Rice ML, Sell MA, Hadley PA. Social Interactions of Speech and Language Impaired Children. *J Speech Hear Res.* 1991; (34): 1299-307.
26. McLeod S. The international guide to speech acquisition. 1 ed. Nova York: Thomson Delmar Learning, 2007. 658 p.
27. Thomas-Stonell N, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *J Commun Disord.* 2009; (42): 29-42.

28. Paiva-Alves C, Coppede AC, Hayashi MCPI, Martinez CMS. A produção científica da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para crianças e jovens- CIF-CJ. *Rev Educ Especial*. 2016; 29 (56): 635-52.
29. Björck-Åkesson E, Wilder J, Granlund M, Pless M, Simeonsson R, Adolfsson M. The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention - Feasibility and usefulness as a common language and frame for practice. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(S1): S125-S138.
30. Threats TT. Use of the ICF for clinical practice in speech-language pathology. *Int J Speech Lang Pathol*. 2008; 10(1 – 2): 50 – 60.
31. McLeod S. Speech pathologists’ application of the ICF to children with speech impairment. *Adv Speech Lang Pathol*. 2004; 6(1):75-81.
32. Yaruss JS. Application of the ICF in fluency disorders. *Semin Speech Lang*. 2007; 28(4):312–22.
33. Thomas-Stonell N, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Development of the FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six), a communication outcome measure for preschool children. *Dev Med Child Neurol*. 2009; (52):47-53.
34. McLeod S, Bleile K. The ICF: a framework for setting goals for children with speech impairment. *Child Lang Teach Ther*. 2004; 20 (3): 199-219.
35. Harty M, Griesel M, Merwe AVD. The ICF as a common language for rehabilitation goal-setting: comparing client and professional priorities. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:87.

36. Thomas-Stonell N, Washington K, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Measuring communicative participation using the FOCUS: Focus on the Outcomes of Communication Under Six. *Child care Health Dev.* 2013; 39 (4): 474-80.
37. Martins EMV. Gagueira e família: concepções, atitudes e sentimentos manifestados no discurso das mães [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002. 145 p.
38. World Health Organization. Classification of Mental and Behavioural Disorders- CID 10. World Health Organization. Geneva, 1992.
39. CCOMS. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a família das Classificações Internacionais (org). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2015.
40. World Health Organization. International classification of impairment, disabilities and handicaps- ICIDH. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 1980.
41. Manual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. Direção Geral de Saúde: Lisboa; 2004. Acesso em 10/10/2012: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.
42. CCOMS. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a família das Classificações Internacionais (org). CIF-CJ: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens. São Paulo: EDUSP, 2011.
43. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(3):621-6.
44. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
45. Oliveira CMC, Yasunaga CN, Sebastiao LT, Nascimento EN. Orientação familiar e seus efeitos na gagueira infantil. *Rev. soc. bras. Fonoaudiol.* 2010; 15 (1): 115-24.

46. Martinuzzi A, De Polo G, Bortolot S, Pradal M. Pediatric neurorehabilitation and the ICF. *NeuroRehabilitation*. 2015; (36):31–36.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE 1: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO CAF

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa: “Aplicação da versão brasileira da CIF-CJ na atenção à saúde de crianças e adolescentes com alterações de linguagem”, sob responsabilidade da pesquisadora Amanda Brait Zerbeto (doutoranda da UNICAMP), sob orientação da Profa Dra Maria de Lurdes Zanolli e co-autoria da Profa Dra Regina Yu Shon Chun (docentes da FCM/UNICAMP). Caso aceite participar, receberá uma via deste termo. Esclarecemos que:

- O *objetivo* é conhecer a percepção das crianças/adolescentes em atendimento fonoaudiológico sobre sua fala e linguagem.
- Esta pesquisa se *justifica* pela necessidade de conhecer o que as crianças e adolescentes pensam sobre sua fala para maior favorecimento de suas demandas.
- Para a pesquisa, você responderá a um questionário com informações sobre a criança/adolescente pela qual é responsável, e a criança ou adolescente responderá perguntas relacionadas à sua fala e linguagem em duas entrevistas realizadas no, com intervalo de seis meses. Todas as entrevistas serão videogravadas. Caso autorize, os vídeos serão arquivados no banco de dados do, ou destruídos se desejar dessa forma.
- Não será utilizado nenhum método invasivo. É sabido que toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos. O único desconforto previsto se refere ao tempo da entrevista em torno de 15 minutos. Os procedimentos poderão ser interrompidos a qualquer momento pela pesquisadora ou por sua solicitação.
- Dada a natureza do estudo, não estão previstos reembolsos nem indenizações pela participação da criança ou adolescente na pesquisa. No caso de ocorrerem quaisquer despesas em função da pesquisa, estas serão ressarcidas integralmente pelas pesquisadoras. O ressarcimento destina-se às despesas que venha a ter pela participação exclusiva na pesquisa e que não teria se não participasse. Este item não se aplica aos gastos que tem na rotina para o atendimento de fonoaudiologia no, como o transporte de casa para a instituição e vice-versa.
- Será garantido o sigilo da identidade da criança/adolescente e dos dados confidenciais obtidos nas entrevistas que, de algum modo, possam provocar prejuízos a você ou à sua criança/adolescente, garantindo que os dados serão utilizados exclusivamente para fins

didáticos e/ou científicos.

- Poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa e tirar qualquer dúvida referente aos procedimentos do estudo, entrando em contato com as pesquisadoras responsáveis pelos telefones ou pelos e-mails apresentados no final deste termo.

- O telefone do Comitê de Ética da FCM/UNICAMP é divulgado para propiciar a você eventual possibilidade de reclamações, dúvidas e denúncias referentes aos aspectos éticos do estudo.

- Poderá retirar sua autorização e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao atendimento fonoaudiológico que sua criança ou adolescente recebe no CEPRE.

Uma vez que está ciente e não tem dúvidas a respeito do que foi lido e explicado, convidamos você a participar da pesquisa, assinando o presente termo de compromisso em duas vias:

Eu, _____ RG _____

_____, responsável por _____ dou meu consentimento livre e esclarecido para que minha criança/adolescente participe da pesquisa descrita e também dou meu consentimento para responder ao questionário.

Autorização para gravação: () sim () não **Após a Gravação:** () arquivar () destruir

Assinatura do responsável legal pelo participante _____

Amanda Brait Zerbeto _____ (responsável pela pesquisa)

Data: _____

Contatos referentes à pesquisa:

Amanda Brait Zerbeto - (19) 8169 7042; e-mail: amandabrait@gmail.com;

Profa Regina Yu Shon Chun - Tel: (19) 3521 8807; e-mail: reginayu@fcm.unicamp.br

Profa Maria de Lurdes Zanolli - Tel: (19) 3521 7111 / 3521 9097; e-mail: zanolli@fcm.unicamp.br

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Campinas/SP - CEP: 13083-887

Contatos para dúvidas, reclamações ou denúncias referentes aos aspectos éticos da pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: (19) 3521-8936 ou 3521-7187. E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126. Distrito de Barão Geraldo. Campinas – SP. CEP: 13083-887.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO DTF

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa: “Aplicação da versão brasileira da CIF-CJ na atenção à saúde de crianças e adolescentes com alterações de linguagem”, sob responsabilidade da pesquisadora Amanda Brait Zerbeto (doutoranda da UNICAMP), sob orientação da Profa Dra Maria de Lurdes Zanolli e co-autoria da Profa Dra Regina Yu Shon Chun (docentes da FCM/UNICAMP). Caso aceite participar, receberá uma via deste termo. Esclarecemos que:

- O *objetivo* é conhecer a percepção de crianças e adolescentes sobre sua fala e linguagem.

- Esta pesquisa se *justifica* pela necessidade de conhecer o que as crianças e adolescentes pensam sobre sua fala para subsidiar o atendimento fonoaudiológico de crianças com alterações de linguagem.

- Para a pesquisa, você responderá a um questionário com informações sobre a criança/adolescente pela qual é responsável, e a criança ou adolescente responderá perguntas relacionadas à sua fala e linguagem em duas entrevistas realizadas na escola, com intervalo de seis meses. Todas as entrevistas serão gravadas com um gravador de áudio. Após a pesquisa o material será destruído.

- Não será utilizado nenhum método invasivo. É sabido que toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos. O único desconforto previsto se refere ao tempo da entrevista em torno de 15 minutos. Os procedimentos poderão ser interrompidos a qualquer momento pela pesquisadora ou por sua solicitação.

- Dada a natureza do estudo, não estão previstos reembolsos nem indenizações pela participação da criança ou adolescente na pesquisa. No caso de ocorrerem quaisquer despesas em função da pesquisa, estas serão ressarcidas integralmente pelas pesquisadoras. O ressarcimento destina-se às despesas que venha a ter pela participação exclusiva na pesquisa e que não teria se não participasse. Este item não se aplica aos gastos que tem na rotina para vinda da criança ou adolescente à escola, como o transporte de casa para a instituição e vice-versa.

- Será garantido o sigilo da identidade da criança/adolescente e dos dados confidenciais obtidos nas entrevistas que, de algum modo, possam provocar prejuízos a você ou à sua criança/adolescente, garantindo que os dados serão utilizados exclusivamente para fins didáticos e/ou científicos.

- Poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa e tirar qualquer dúvida

referente aos procedimentos do estudo, entrando em contato com as pesquisadoras responsáveis pelos telefones ou pelos e-mails apresentados no final deste termo.

- O telefone do Comitê de Ética da FCM/UNICAMP é divulgado para propiciar a você eventual possibilidade de reclamações, dúvidas e denúncias referentes aos aspectos éticos do estudo.

- Poderá retirar sua autorização e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a criança ou adolescente.

Uma vez que está ciente e não tem dúvidas a respeito do que foi lido e explicado, convidamos você a participar da pesquisa, assinando o presente termo de compromisso em duas vias:

Eu, _____ RG _____
_____, responsável por _____ dou meu
consentimento livre e esclarecido para que minha criança/adolescente participe da pesquisa
descrita e também dou meu consentimento para responder ao questionário.

Autorização para gravação: () sim () não

Assinatura do responsável legal pelo participante _____

Amanda Brait Zerbeto _____ (responsável pela pesquisa)

Data: _____

Contatos referentes à pesquisa:

Amanda Brait Zerbeto - (19) 8169 7042; e-mail: amandabrait@gmail.com;

Profa Regina Yu Shon Chun - Tel: (19) 3521 8807; e-mail: reginayu@fcm.unicamp.br

Profa Maria de Lurdes Zanolli - Tel: (19) 3521 7111 / 3521 9097; e-mail: zanolli@fcm.unicamp.br
































Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Campinas/SP - CEP: 13083-887





Contatos para dúvidas, reclamações ou denúncias referentes aos aspectos éticos da pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: (19) 3521-8936 ou 3521-7187. E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126. Distrito de Barão Geraldo. Campinas – SP. CEP: 13083-887

8.2 APÊNDICE 2: Roteiro entrevista semiestruturada

[Questões norteadoras foram traduzidas e adaptadas para o português do *Speech Participation and Activity of Children* (SPAA-C) (McLeod, 2004). Algumas questões foram incluídas para a presente pesquisa].

- 1-Fale um pouco sobre as coisas que você gosta de fazer.
- 2-Com quem você gosta de brincar? Por quê?
- 3-O que você gosta de fazer na escola (na sala, no recreio)? E do que você não gosta? Por quê?
- 4-Com quem você gosta de falar? Por quê?
- 5-Com quais pessoas você não gosta de conversar? Por quê?
- 6-As pessoas comentam alguma coisa sobre sua fala? O que elas comentam?
- 7- As pessoas frequentemente pedem para você repetir o que fala? Que pessoas pedem isso? Como você se sente quando isso acontece? Conte uma situação em que isso aconteceu.
- 8- O que você faz quando as pessoas não entendem sua fala? Isso acontece muitas vezes? Dê um exemplo de quando isso aconteceu.
- 9- Você consegue fazer tudo que precisa no seu dia-a-dia da escola e de casa?
- 10- Como você se sente em relação à sua fala?     ? Por quê?
- 11-Como você se sente quando fala com seus amigos?     ? Por quê?
- 12- Como você se sente quando fala com seus irmãos?     ? Por quê?
- 13-Como você se sente quando fala com seus pais?     ? Por quê?
- 14-Como você se sente quando fala com seus professores?     ? Por quê?
- 15- Como você se sente quando fala com seu fonoaudiólogo?     ? Por quê?
- 16-Como você se sente quando fala com estranhos?     ? Por quê?
- 17-Como você se sente quando as pessoas não entendem o que você fala?    ? Por quê?

Legenda:  feliz  triste  normal  outro sentimento ? - não sei

8.3 APÊNDICE 3: Questionário para caracterização dos participantes

-Criança/ Adolescente:

Data de Nascimento da Criança/ Adolescente: _____

Sexo: 1- Feminino () ou 2- Masculino ()

-Data de Nascimento da Mãe: _____

Profissão da Mãe: _____

Anos de estudo/ Escolaridade da Mãe: _____

-Data de Nascimento do Pai: _____

Profissão do Pai: _____

Anos de estudo/ Escolaridade do Pai: _____

-Qual o tipo de união dos pais da criança/adolescente?

1 - casados() 2 - separados() 3 - divorciados() 4 - vivem juntos()

-Renda da Família: _____

-A criança/adolescente tem irmão? Qual a idade dos irmãos?

-Alguém na família já teve ou tem problemas para falar? Descreva o problema.

-O acesso à saúde que a criança/adolescente recebe é um: ()facilitador ou uma ()barreira?

Em que grau é facilitador ou barreira?

0 – Nenhum() 1 – pouco() 2 – moderado() 3 – grave() 4 – completo()

-O acesso à educação que a criança/adolescente recebe é um:


()facilitador ou uma ()barreira?

Em que grau é facilitador ou barreira?

0 – Nenhum() 1 – pouco() 2 – moderado() 3 – grave() 4 – completo()

9. ANEXO

9.1 ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aplicação da versão brasileira da CIF-CJ na atenção à saúde de crianças e adolescentes com alterações de linguagem.

Pesquisador: Amanda Brait Zerbeto

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 14110313.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 409.695

Data da Relatoria: 26/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa descritiva e analítica, com abordagens quantitativa e qualitativa.

Pessoas com alterações de linguagem podem sofrer de frustração e prejuízo na qualidade de vida.

Conhecer suas dificuldades e planejar ações integrando-as na sociedade é uma das maneiras de diminuir esses efeitos. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pode ser utilizada para esta finalidade. Diante da carência de estudos com a versão para crianças e jovens (CIF-CJ) no Brasil na atenção à saúde da criança e do adolescente, este trabalho objetiva investigar aspectos de linguagem e funcionalidade de crianças e adolescentes com alterações de linguagem, por meio dos componentes da versão brasileira da CIF-C.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar aspectos de linguagem, participação e funcionalidade de crianças e adolescentes com alterações de linguagem por meio dos componentes da CIF-CJ (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, versão crianças e jovens).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Não será utilizado nenhum método invasivo. O único desconforto previsto se refere ao tempo da

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
Bairro: Barão Geraldo			CEP: 13.083-887
UF: SP	Município: CAMPINAS		
Telefone: (19)3521-8938	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

**FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)**



Continuação do Parecer: 409.695

entrevista, em torno de 15 minutos. Os procedimentos poderão ser interrompidos a qualquer momento, caso se verifique algum desconforto ou a pedido do participante.

Benefícios

Não haverá benefícios diretos ao participante. como benefícios sociais, espera-se conhecer a percepção das crianças e adolescentes sobre sua fala e linguagem e verificar a repercussão do processo terapêutico para esse grupo populacional, auxiliando os profissionais a planejar e desenvolver ações de promoção e intervenção em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Participarão do estudo 60 crianças e adolescentes entre 4 e 18 anos de idade, sendo 30 com queixas de alteração de linguagem em acompanhamento fonoaudiológico no CEPRE/FCM/UNICAMP (Grupo 1) e 30 sem queixas de alteração de linguagem, de escolas públicas do Distrito de Barão Geraldo/Campinas (Grupo 2). Na primeira etapa do estudo serão definidas questões norteadoras para levantar aspectos de linguagem e funcionalidade dos participantes para classificação. As entrevistas serão gravadas em áudio para análise segundo os componentes da CIF-CJ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: folha de rosto devidamente assinada, projeto detalhado e formulário com informações básicas sobre o projeto, cartas de resposta ao CEP, frente às pendências emitidas e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os dois grupos sob estudo. TCLEs foram adequadamente reformulados e apresentam, na atual versão, todos os preceitos exigidos na Resolução CNS 466-2012. Assim, os responsáveis legais pelas crianças e adolescentes sob estudo, serão informados sobre riscos e benefícios da participação no estudo, direito à informação e a retirarem seu consentimento a qualquer momento, procedimentos aos quais os sujeitos da pesquisa serão submetidos, assim como formas de contato dos pesquisadores e do CEP, para esclarecimentos, reclamações ou denúncias sobre o estudo.

Recomendações:

A assinatura do TCLE por seus representantes é fundamental, no caso de participantes de pesquisa menores de idade. Corrigir o termo representante por representante LEGAL do participante, logo abaixo do campo para assinatura deste.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado sem restrições, após resolução de pendências.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)**



Continuação do Parecer: 409.695

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINAS, 29 de Setembro de 2013

Assinador por:
Fátima Aparecida Bottcher Luiz
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8938 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br